Néstor Perlongher

O QUE É AIDS

editora brasiliense

coleção primeiros

197 passos

Caro Pivo, de uma tentativa para parar o pânico —

LEITURAS AFINS

- A Contestação Homossexual — *Guy Hocquenghen*
- A Consciência Puritana e a Sexualidade Moderna — *Edmund Leites*
- A Função do Orgasmo — *Wilhelm Reich*
- O Negócio do Michê — Prostituição viril em São Paulo — *Néstor Perlongher*
- Repressão Sexual — Essa nossa (des)conhecida — *Marilena Chaui*
- Sexo e Juventude: um programa educacional — *C. Barroso / C. Bruschini*
- Sexualidades Ocidentais — *Philippe Ariès / A. Béjin (orgs.)*

Coleção Primeiros Passos

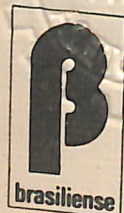
- O que é Adolescência — *Daniel Becker*
- O que é Amor — *Betty Milan*
- O que é Contracepção — *Kurt Kloetzel*
- O que é Feminismo — *Branca M. Alves / Jacqueline Pitanguy*
- O que é Homossexualidade — *Peter Fry/Edward Macrae*
- O que é Medicina Preventiva — *Kurt Kloetzel*
- O que é Morte — *José Luiz Maranhão*

Néstor Perlongher

O QUE É AIDS

editora brasiliense
DIVIDINDO OPINIÕES MULTIPLICANDO CULTURA
1987

Capa:
Isabel Carballo

Revisão:
Jorge A. de Jesus
Emília Fernandez

editora brasiliense s.a.
rua da consolação, 2697
01416 - são paulo - sp.
fone (011) 280-1222
telex: 11 33271 DBLM BR

ÍNDICE

Agradeço especialmente a Edward MacRae e Glauco Mattoso, por colocarem à minha disposição seus arquivos pessoais, e à dra. Sílvia Bellucci, do Centro de Controle e Investigação Imunológica "Dr. A. C. Corsini", de Campinas, por sua colaboração na parte médica.

INTRODUÇÃO

Um fantasma percorre os leitos, as paqueras, os flertes: o fantasma da AIDS. Só a menção da fatídica sigla (formada com as iniciais de Acquired Immunological Deficiency Syndrome, ou seja, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida) basta para provocar uma mistura mórbida de curiosidade e medo.

No início, a paranóia parecia restrita aos circuitos homossexuais norte-americanos. Na costa oeste dos Estados Unidos, justamente na cidade de São Francisco — epicentro de uma potente "revolução sexual" que sacudiu as mucosas do Ocidente e ameaçou subverter os castos padrões de dois mil anos de cristianismo —, verificou-se, entre 1980 e 1981, uma estranha sucessão de mortes.

Falou-se em "câncer *gay*", em "peste rosa". Mesmo a primeira denominação extra-oficialmente dada à doenca — *GRID (Gay Related Immune Deficiency* ou Deficiência Imunológica Relacionada à Homossexualidade) — recolhia essa espécie de ligação original entre homossexualismo e doença (até bem pouco tempo atrás, a homossexualidade era considerada em si mesma uma doença). No entanto, a aparição de casos em outras faixas da população mudou a orientação das pesquisas médicas e outorgou à doença seu nome definitivo.

O que é a AIDS? Embora o conhecimento científico tenha avançado bastante, o mal é rodeado ainda de um véu de mistério. Sabe-se que é transmitido por contato sexual ou através do sangue. Não se trata — como pretendem alguns moralistas — de uma "doença homossexual", mas é causada por um vírus que pode, eventualmente, ser transmitido a qualquer pessoa. Desde que se manifeste, a doença é praticamente fatal. Não há até o momento cura conhecida para a AIDS.

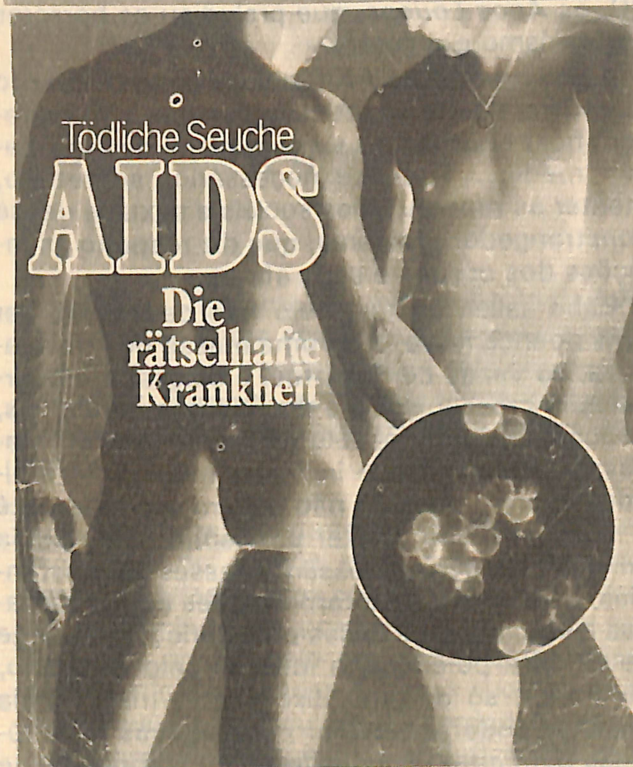
A comoção provocada pela AIDS parece um tanto desmesurada em relação a sua incidência estatística real. Apesar de algumas projeções apocalípticas, que chegam até a prever a extinção da humanidade, hoje a AIDS mata menos que outras doenças mais conhecidas — desnutrição, moléstias circulatórias, câncer, infecções intra-hospitalares, etc. Há maior probabilidade de se morrer vítima de um atropelamento na rua do que de AIDS. Mas o horror dos corpos que adoecem e morrem parece se tornar mais pavoroso quando se adivinha, na origem das contorsões da agonia, os espasmos do gozo.

Da mesma maneira que a AIDS transcendeu, no início, a dor particular de suas vítimas para se estender aos corredores dos "guetos" como um poderoso mecanismo de moralização e controle, derivado das ondas de pânico, o fantasma parece abandonar os difusos limites dos circuitos minoritários para apavorar também os heterossexuais. Assim, a AIDS, que começou sendo vista como uma "doença homossexual", é agora anunciada como uma ameaça às famílias.

Folheando os grandes semanários de atualidades, pode-se rastrear facilmente a iconografia desse deslocamento. A revista alemã *Der Spiegel* estampava, na capa de um número de junho de 1983, a imagem de dois rapazes nus, sendo que um deles apresentava a genitália ocupada por um círculo com uma ampliação de microscópicos germens (simbolicamente, a morte no alvo preciso do desejo); três anos após, em dezembro de 1986, a mesma publicação substituía os jovens atletas por um casal heterossexual, contra o qual um cupido cadavérico endereçava suas peçonhentas setas.

O pânico suscitado pelo vírus não é tão inédi-

to quanto se anuncia; pesadelos análogos foram, ao longo da História, provocados por sucessivas pestes. Tampouco a discriminação é novidade. Nas pestes medievais, os judeus eram perseguidos, acusados de infestar propositadamente as águas ou por se considerar sua mera existência um atentado à Divina Vontade que, uma vez ofendida, vingava-se com a epidemia. De forma análoga, em 1985 surge a notícia de um cabeleireiro expulso da cidade de Araguari, em Minas Gerais, sob a acusação de mergulhar malignamente na piscina do clube, não estando sequer doente. Nem mesmo os argumentos celestiais parecem ter mudado.

Uma doença relacionada com o sexual toca num ponto particularmente sensível para a sociedade contemporânea, tão preocupada com a higiene e o cuidado do corpo. A esse pesado estigma, marca de múltiplas regulamentações da ordem social, acrescenta-se, no caso particular da AIDS, uma outra complicação derivada da possibilidade de a doença ser transmitida pelo sangue. Neste ponto, uma questão se coloca: apesar da prática corriqueira de transfusões, o medo à mistura de sangues não manterá, no imaginário social, a força do seu simbolismo atávico? Afinal não faz muito tempo, o nazismo esgrimiu os princípios do sangue para fundamentar seu racismo ariano. Alguma sombria similitude pode talvez esboçar-se entre o atual re-

A AIDS em 1983: uma paranóia homossexual ganha as manchetes mais importantes do mundo

fluxo da *revolução sexual* — que coroa uma época ávida de experimentações contestatórias — e a atrevida maluquice das décadas de 20 e 30, os *Anos Loucos*, que preludiou os horrores do fascismo e a guerra.

A emergência da AIDS coloca em movimento uma diversidade de articulações que não merecem ficar restritas ao estreito plano da informação médica. Torna-se necessário, sobretudo, atentar às repercussões sociais e sexuais desse constrangedor problema, que diz respeito às relações dos corpos e seus afetos.

Cabe salientar que, pelo fato de a AIDS ser uma doença nova, toda uma massa de informações, às vezes conflitantes, é colocada em circulação crescente dia a dia. Nessas condições, poucas verdades absolutas podem ser afirmadas; os enunciados — inclusive médicos — emitidos sobre a questão não podem esconder, até o momento, seu caráter provisório. Na medida em que este livro se ressente dessas circunstâncias, as hipóteses e interpretações aqui levantadas levam a marca dessa provisoriedade. Longe de eludir a polêmica, a idéia é, pelo contrário, contribuir; só de uma discussão a mais ampla possível poderão emanar perspectivas mais lúcidas para entender e enfrentar a complexidade desse assunto.

A DOENÇA

AIDS — Síndrome de Imunodeficiência Adquirida — esse nome envolve uma série de conceitos medicinais muitas vezes difíceis de compreender. Para um maior entendimento, segue a decomposição em conceitos dos termos envolvidos.

• *Síndrome*: conjunto de sintomas que ocorrem mais ou menos simultaneamente, tendo uma ou várias causas comuns. A AIDS é definida como síndrome porque não tem uma manifestação única; pelo contrário, caracteriza-se pela aparição de várias doenças sucessivas e simultâneas, que ''ocultam'' a verdadeira doença.

• *Imunodeficiência*: isto é, deficiência do sistema imunológico. A imunidade é a capacidade que tem o organismo para reconhecer e destruir ''invasores'' que o ''atacam''. Por que *deficiên-*

cia? Porque o peculiar dessa doença é que esse sistema deixa de funcionar e o organismo vê-se exposto a uma multiplicidade de agentes infecciosos, muitos dos quais habitualmente inofensivos, mas que, nessas condições, conseguem atingir seu pleno desenvolvimento nocivo. A AIDS é justamente uma doença do sistema imunológico, que causa um desabamento geral das defesas orgânicas.

• *Adquirida*: há formas de deficiência imunológica hereditárias. No caso da AIDS, a imunodeficiência se dá por contágio, isto é, o agente infeccioso penetra no organismo através do sangue, do esperma ou de certas secreções de um outro organismo no qual se encontra presente.

A querela das nomenclaturas

Uma vez reconhecida e descrita pelos médicos como uma moléstia do sistema imunológico, tratava-se de descobrir qual era a causa da nova doença. Num primeiro momento, discutiu-se nos Estados Unidos se o agente causador era único (a chamada *teoria unifatorial*) ou uma confluência de fatores sanitários e sociais (*teoria multifatorial*) — aliás, discussão muito forte

na história da própria medicina. A teoria unifatorial acabaria por se impor com a descoberta de que a AIDS — como será exposto adiante — é causada por *um vírus*. No entanto, é interessante destacar um dos argumentos da tese multifatorial: a doença não seria conseqüência de um novo agente infeccioso, mas os pacientes adoeceram por estar expostos a um ''ambiente biológico'' extremamente nocivo, caracterizado por quadros de doenças venéreas e outras infecções simultâneas.

Os cientistas já cogitavam de que algumas formas de câncer poderiam ser causadas por um vírus. Os vírus são agentes muito pequenos (a dezmilésima parte de um milímetro) que não podem sobreviver de maneira independente, precisando parasitar células vivas de um outro ser.

O médico americano Robert Gallo já havia conseguido isolar o vírus causador de uma forma de leucemia até então rara (que, no entanto, estaria também se expandindo agora no sul dos Estados Unidos). Gallo batizou esse vírus de HTLV-1 (*Human T Cell Leukemia Virus*, ou seja, vírus da leucemia humana que ataca as células T; estas são encarregadas, entre outras, da defesa imunológica), e acreditou estar, no caso da AIDS, na presença de uma variante.

O vírus seria descoberto, mas do outro lado do Atlântico. Coube à equipe do Instituto Pasteur, de Paris, chefiado pelo Dr. Montagnier, o

mérito do achado. Fazendo a biopsia de um gânglio de um paciente homossexual — que acabaria não desenvolvendo a doença —, achou-se, em 1983, um *vírus completamente novo* que foi batizado LAV (*Lymphadenopathy Associated Virus*, ou seja, vírus associado a afecções do sistema linfático, do qual os gânglios fazem parte).

Entretanto, os cientistas americanos prosseguiram suas pesquisas, conseguindo, em 1984, isolar artificialmente o vírus em laboratório. A descoberta de Gallo é apresentada como ''um milagre da medicina e da ciência americana''.

A equipe de Gallo outorgou seu próprio nome ao vírus. HTLV — III (*Human T Lymphotropic Virus III*). Recentemente tentou-se resolver essa dissidência nominalista com a proposta de uma nova designação para o vírus: HIV (*Human Immunodeficiency Virus* ou vírus da imonodeficiência humana).

O sistema imunológico

Para explicar o que é o vírus da AIDS e como age, torna-se necessário falar um pouco do sistema imunológico humano.

Esse sistema tem pelo menos duas grandes funções. A primeira se relaciona com o meio *exterior*, seus habitantes, suas agressões. A segunda está voltada para o *interior do indivíduo*, para o próprio organismo, protegendo-o de uma diversidade de processos mórbidos que se desenvolvem silenciosamente. Ambas formam duas grandes linhas de defesa.

A exterior é constituída pela pele e pelas mucosas que forram, por exemplo, as vias respiratórias, incluindo aí as secreções. Se essa barreira for ultrapassada e um corpo invasor ingressar na corrente sangüínea, é acionado então o segundo sistema de defesa, o interior: as células de imunidade especializada.

Embora essas duas grandes funções pareçam estar isoladas uma da outra, elas dependem, em última análise, de um componente central do sistema especializado de imunidade, um tipo de glóbulo branco chamado *linfócito T 4 ''auxiliar''*. A função desse linfócito T ''auxiliar'' pode ser comparada a uma central de computador: ele alimenta todos os outros terminais, emitindo informações para os componentes restantes do sistema imunológico; estes permitem organizar a defesa do organismo atacado pelo corpo estranho. Todo o processo ocorre no sangue.

Esses terminais-componentes são muito variados. Alguns, como os linfócitos B, produzem *anticorpos*-moléculas de proteína presentes na

circulação sangüínea, que ajudam a eliminar os agentes estranhos do organismo, fixando-se neles e ''marcando-os''. Assim, em relação ao vírus da AIDS, há a produção de anticorpos específicos que assinalam e guardam na memória sua presença.

Como funciona normalmente a relação entre linfócitos B e linfócitos T 4 ''auxiliares''? Quando o organismo entra em contato com o vírus do sarampo, por exemplo, os linfócitos B, após receber a ordem dos linfócitos T4 ''auxiliares'', passam a produzir anticorpos contra aquele microorganismo. Vencido o perigo e não havendo mais necessidade de manter a produção de anticorpos, são também as células T 4 ''auxiliares'' que mandam informações para outro tipo de linfócitos T 8 (''supressores''), ordenando cessar o contra-ataque.

O vírus

O vírus da AIDS ataca de uma forma particularmente maligna, pois se dirige contra as próprias células encarregadas da defesa imunológica. Uma vez que o vírus penetra no sangue, procura o tipo de células que o acolham (já que não pode se desenvolver sozinho, precisando parasitar determinados tipos de célula). O vírus da

AIDS tem, justamente, uma afinidade especial com os linfócitos T 4 ''auxiliares''.

Uma vez que o vírus tenha conseguido penetrar no interior da célula, ele pode ficar indefinidamente adormecido. Por circunstâncias ainda desconhecidas, ele pode começar a se reproduzir massivamente, aproveitando a ativação da maquinaria celular do linfócito T4 ''auxiliar'' para se multiplicar. Mas, enquanto a célula se divide só em duas, o vírus se reproduz aos milhares, transformando a célula numa verdadeira usina do vírus que a destrói. Assim produzido, ele se introduz em outras células, preferencialmente linfócitos T e secundariamente em certas células cerebrais. E vai se disseminando.

As células infectadas podem ser estimuladas — por exemplo, com uma infecção ''comum'' — e contribuir para a multiplicação do vírus. Assim, novas infecções padecidas pelos organismos já atacados pelo LAV/HTLV-III podem contribuir para o agravamento da AIDS.

Como há milhares de linfócitos T4, precisa-se de certo tempo para que o sistema imunológico seja perturbado; mas, uma vez desencadeado esse processo, ele será progressivamente colocado fora de combate. Num dado momento, já não restarão mais células para combater as infecções que o paciente possa contrair.

Os sintomas

A ubiqüidade dos sintomas — podem ser tantas coisas! — torna-os incertos como forma de diagnóstico: gânglios inflamados, fadiga sem motivo, perda de peso involuntária, febres intermitentes, diarréias e tosse persistente.

Esses sinais clínicos não são exclusivos da AIDS, mas alguns deles podem corresponder a outras doenças, como a tuberculose. Não é pertinente suspeitar de AIDS se se tratar de simples febres, diarréias e suor, comuns a um vasto leque de afecções.

A suspeita se torna consistente perante a duração e extrema complexidade dos sintomas, resistindo a outras explicações.

Entretanto, a maioria das manifestações do vírus da AIDS são benignas. Mais da metade dos que entram em contato com o vírus não desenvolvem nenhum sintoma nem doença. Isso não quer dizer, necessariamente, que eles não o tenham. Alguns podem ser os chamados *portadores sadios* (ou *assintomáticos*) da doença, que, sem contraí-la, portam o vírus e podem eventualmente transmiti-lo — no entanto, não há como determinar em que momento a transmissão deixa de ser uma eventualidade e passa para o campo da realidade.

A evolução dos sintomas

De duas a seis semanas após a introdução do vírus no organismo, podem ser observadas, em 20% dos casos, algumas manifestações clínicas. Entre elas, a *síndrome mononucleósica*: febres, inflamação ganglionar e algumas erupções vermelhas na pele. Esses sintomas desaparecem espontaneamente após uns dez dias e sua ocorrência não diz respeito à eventual gravidade do caso.

Nos três meses seguintes à penetração do vírus, o organismo vai fabricar os anticorpos que assinalam o contato com o corpo estranho.

Das pessoas contaminadas pelo vírus, somente uma minoria vai então desenvolver as formas graves do mal. Algumas irão apresentar manifestações menores, às vezes não aparentes e outras sob a forma de certos sintomas secundários, uma espécie de ''quadros benignos'' que, em geral, não evoluem de forma fatal. Esses quadros podem ser agrupados em duas grandes configurações: a *síndrome de linfadenopatia crônica*, e outra forma mais importante — ARC ou SAS (*AIDS Related Complex*, para os americanos; *Síndrome Associada à SIDA*, para os franceses).

Síndrome de linfadenopatia crônica ou LGP (Linfadenopatia generalizada permanente)

Por *linfadenopatia* se entendem as moléstias dos órgãos linfáticos. A LGP caracteriza-se pelo aumento de volume dos gânglios linfáticos, que tomam uma dimensão anormal, freqüentemente superior a um centímentro de diâmentro, em diferentes partes do corpo, sobretudo no pescoço e nas axilas. Esse aumento pode persistir durante meses ou anos: nem sua grandeza nem sua duração indicam hipotéticas evoluções para formas letais da AIDS. A inflamação dos gânglios é comum a uma vasta massa de infecções; só quando se observa um franco aumento de volume não atribuível a outras causas é que se pode fazer a relação com a presença do vírus da AIDS.

Síndrome associada à SIDA ou ARC

Neste quadro, observam-se moléstias menores, sobretudo infecções com fungos que atingem o rosto, as unhas ou a boca, vulgarmente chamadas de sapinhos (*muguet*). Também pode

de se manifestar uma febre prolongada por várias semanas e superior a 38°; há perda involuntária de peso, ultrapassando 10% da massa corporal; ocorrem suores noturnos abundantes, obrigando a troca dos lençóis.

Podem se apresentar, ainda, lesões como a púrpura — pequenas manchas hemorrágicas nas pernas —, que correspondem a um excesso de defesa do organismo, que aumenta desarranjadamente a produção de anticorpos, os quais se voltam contra as plaquetas sangüíneas. Mas não se trata tampouco de AIDS: os sintomas não evoluem necessariamente no sentido de um desabamento geral das defesas orgânicas.

Esses dois quadros descritos são provocados pelo vírus da AIDS; porém, não são estritamente AIDS. O que acontece é a que a maioria das manifestações do vírus são, como já foi dito, benignas. Só quando aparecem as manifestações malignas é que se pode falar em AIDS *stricto sensu*.

A AIDS *stricto sensu*

O que acontece com os que desenvolvem realmente a doença? Como há uma queda muito forte das defesas orgânicas, germens habitualmente inofensivos aproveitam para invadir o

organismo. Aparecem então as *infecções oportunistas*, assim chamadas porque não podem se desenvolver senão nessas condições favoráveis.

Num primeiro momento, quando a ação do vírus ainda não é severa, as infecções oportunistas limitam-se às mucosas (cândida bucal, herpes genital) ou se expressam na sucessão de infecções banais mas persistentes, tais como sinusites, furúnculos, etc.

Quando a AIDS avança, as infecções oportunistas multiplicam-se. Elas podem afetar o pulmão, o tubo digestivo, o sistema nervoso e, acessoriamente, a pele. No plano neurológico, as cefaléias prolongadas podem constituir um sintoma sugestivo. Também é possível a presença de um quadro tratável, se precocemente atendido, de toxoplasmose. Uma das afecções mais comuns é uma forma grave de pneumonia, causada pelo parasita *Pneumocystis carinii*. Além desses, alguns cânceres, como o sarcoma de Kaposi, começam a aparecer.

O sarcoma de Kaposi

Uma das manifestações mais conhecidas da AIDS, o sarcoma de Kaposi é uma doença com história. Trata-se de uma afecção de aparência banal: placas violáceas de pequenas dimen-

sões; classicamente, aparecem nos membros inferiores. Foi detectada primeiramente nos guetos judeus da Europa central e atribuída à promiscuidade. Ali, o médico vienense Moritz Kaposi (na verdade, um pseudônimo) reconheceu a doença e legou-lhe seu nome. A doença está situada — na expressão do prof. Escande, do Instituto Pasteur — "nos limites do câncer". Raramente letal, era considerada uma raridade.

Já neste século, foi descoberta uma variante africana do sarcoma de Kaposi, um pouco mais explosiva, caracterizada pela eclosão de verdadeiros tumores, lesões ulceradas e gânglios volumosos.

O legado minoritário que essa doença carregava, seria facilmente transmitido aos homossexuais. Assim, a AIDS foi inicialmente considerada o "Kaposi dos *gays*" e, infelizmente, apelidada de "câncer *gay*", até pelos próprios jornais homossexuais da Califórnia.

No entanto, o Kaposi associado à AIDS tem uma forma muito mais violenta: uma erupção generalizada que se arrasta durante longos meses, atacando o rosto e os órgãos internos. A sobrevida média é de apenas dois anos.

O desabamento do sistema imunológico propiciado pela AIDS pode favorecer a proliferação de outros cânceres, como linfomas (tumores que se desenvolvem a partir dos gânglios linfáticos) que afetam prioritariamente o cérebro.

Definitivamente, a AIDS *não* é um câncer, mas abre a porta para uma diversidade de tumores malignos.

A transmissão

O vírus da AIDS se transmite pelo esperma, pelas secreções vaginais ou através do sangue. Estas são substâncias habitualmente transferidas entre as pessoas; no esperma e no sangue o vírus aloja-se dentro das células, com algumas condições de sobrevida. A AIDS é uma doença relativamente pouco contagiosa; o agente que a causa morre em contato com o ar ou o álcool. A maneira mais corrente de adquirir a doença é por contato sexual. Mas também pode ser transmitida pela passagem, de um indivíduo ao outro, de sangue contendo células infectadas. Isso explica os casos de contaminação através de transfusões sangüíneas ou do uso coletivo de seringas por toxicômanos. Existe ainda o contágio de mãe para filho durante a gravidez ou a amamentação, por mecanismos pouco claros até o momento.

Têm-se encontrado sinais do vírus na saliva e nas lágrimas. Porém, as possibilidades de que ele possa ser carregado por esses líquidos orgânicos são escassas (no pior dos casos, seria necessário que as lágrimas ou a saliva penetrassem no sangue, através de alguma ferida). A polêmica criada entre americanos e franceses a respeito do beijo se reacende. Se para os cientistas do Instituto Pasteur o contágio por essa via é pouco provável, seus rivais norte-americanos, mais cautelosos, costumam desaconselhar os beijos prolongados.

Versões não comprovadas sugerem que a AIDS poderia também ser transmitida por um mosquito. Seria, no entanto, bastante difícil — aduzem os numerosos críticos dessa remota hipótese — conceber um mosquito capaz de identificar as preferências sexuais das vítimas.

Há uma espécie de hierarquia do risco. O coito anal seria particularmente perigoso, porque a fricção do pênis nas paredes do reto produziria microscópicas feridinhas, através das quais o vírus passaria para a corrente sangüínea; partindo desse raciocínio, supõe-se que o indivíduo passivo estaria, na penetração anal, mais exposto que o ativo. Este, porém, não se acharia a salvo, já que o vírus poderia também penetrar através de microlesões no pênis.

A mucosa que recobre a cavidade vaginal seria relativamente menos frágil que a do reto. Entretanto, a difusão predominantemente heterossexual da AIDS na África restaura as dúvidas.

Não há dados precisos que permitam avaliar o risco real de transmissão do vírus da AIDS atra-

vés de contatos bucogenitais (como a felação); segundo se deduz, as possibilidades de contágio estariam ligadas à potência traumatizante do contato. As fontes consultadas não registram a presença do LAV/HTLV-III na urina nem nas matérias fecais. Os contatos buco-anais costumam ser desaconselhados, embora sua potencialidade contagiante — descontada a existência de feridas nesse órgão — não esteja ainda claramente estabelecida.

Há incertas probabilidades de que o vírus possa ser transmitido através de tatuagens, tratamentos odontológicos ou de acupuntura feitos com instrumentos não convenientemente esterilizados. Por precaução, recomenda-se que utensílios de uso íntimo, tais como escova de dentes, lâmina de barbear, alicates, etc., usados por doentes de AIDS, não sejam reutilizados por outras pessoas.

O QUE TRANSMITE A AIDS

Contágio comprovado	Contágio provável
Coito anal	Relação buco-anal
Coito vaginal	Relação bucogenital
Contato com esperma	Beijo prolongado
Transfusões de sangue	Acupuntura ou tatuagens com instrumentos não-esterilizados
Seringas não-esterilizadas	Lâmina de barbear ou escova de dentes usadas por doentes
Contágio intra-uterino (quando o feto contrai a doença da mãe)	Alicate, tesoura ou navalha não-esterilizados
	Instrumentos odontológicos ou cirúrgicos não-esterilizados
	Lambidas em ferimentos
	Contato com sangue menstrual
	Lágrimas (muito pouco provável)

O QUE NÃO TRANSMITE A AIDS

Ar
Água de piscinas
Vapor de saunas
Banheiras
Bancos de ônibus
Maçanetas
Privadas
Aperto de mão
Abraços
Beijos no rosto (evitando feridas)
Alimentos
Copos
Talheres
Pratos
Roupas de cama
Cédulas de dinheiro
Doar sangue (com instrumentos esterilizados)

Como não se transmite a AIDS

Uma infinidade de mitologias procuram explicar as formas fabulosas de se precaver da doença. Elas vão desde a recusa do beijo ''social'', ou do aperto de mãos, até não tocar em maçanetas e não usar privadas onde tenham passado supostos contaminados. Igualmente mítica é a crença do provável contágio numa piscina pública, ou através da roupa de cama de um motel. O perigo de transmissão através de copos, talheres, pratos, etc., ainda que superficialmente higienizados, é nulo. Tampouco as cédulas de dinheiro oferecem perigo.

Apesar de a difusão da doença ter originado uma acentuada queda no número de doadores de sangue, doá-lo não oferece perigo de contaminação, sempre que os instrumentos utilizados sejam corretamente esterilizados.

O teste

Registrar a presença do vírus da AIDS no sangue é uma operação difícil e cara. Os testes serológicos (sangüíneos) comumente praticados permitem inferir indiretamente a passagem de vírus pelo sangue, detectando *anticorpos*, ou

seja, moléculas capazes de ''marcar'' o vírus.

Esse teste parte do princípio de que a infecção pelo vírus da AIDS resulta na introdução de agentes estranhos no organismo. Como resposta, ocorre a produção de anticorpos específicos destinados a combatê-los. Tais anticorpos persistem durante um tempo bastante prolongado e funcionam como sinalizadores da passagem do vírus.

O teste mais comumente utilizado chama-se ELISA. A presença do anticorpo que delata a passagem do vírus é indicada por uma reação colorida. Nesse caso, trata-se de uma reação *seropositiva*, que deve ser reconfirmada mediante novo teste.

No entanto, um resultado seropositivo não indica necessariamente que a pessoa analisada esteja com AIDS, mas apenas que seu organismo teve algum contato com o vírus e produziu portanto anticorpos específicos. Também não é possível saber, se o indivíduo com resultado seropositivo não apresentar outros sintomas, se ele é ou não um portador sadio do vírus.

Quando o resultado seropositivo se combina com sintomas característicos de infecção pelo vírus da AIDS, outros testes mais complexos são aplicados — imunofluorescência, radioimunoensaios, radioimunoprecipitação, Western Blott —, permitindo detectar com mais segurança a presença do vírus.

O teste ELISA não é absolutamente seguro, pois pode dar resultados falsos-positivos ou falsos-negativos. Se uma pessoa tem um resultado positivo, isso não quer dizer que ela tenha AIDS, mas, apenas repetindo — que possui os respectivos anticorpos. Calcula-se que não mais do que 15% dos seropositivos possam contrair efetivamente a doença.

Apesar dos freqüentes pronunciamentos médicos a favor de certa generalização do teste anti-HTLV-III, algumas vezes, no próprio campo da medicina, alertam contra os riscos dessa aplicação indiscriminada. Num trabalho intitulado *HTLV-III: Should Testing Ever Be Routine?*, os autores (Miller, Jeffries, Green, Harris e Pinching) advertem que os argumentos a favor da aplicação sistemática de testes de detecção de anticorpos do vírus da AIDS não são tão lógicos quanto parecem. Enquanto nenhuma vacina potente nem tratamento eficaz surgir, o teste indiscriminado traria riscos consideráveis para os pacientes enquanto indivíduos, em vista das conseqüências desse "seropositivo": danos psíquicos, emocionais e existenciais, já padecidos por numerosos pacientes que, acreditando estar com AIDS, entraram em profundas crises. As possibilidades de reversão desse quadro psicológico são muito difíceis, em virtude do pânico que toma conta deles. Tais processos não são motivo sequer de preocupação para os aplicadores de testes generalizados, propensos a pintar quadros apocalípticos. Sensibilizados por raciocínios similares, os integrantes do grupo homossexual carioca *Triângulo Rosa* recusaram se submeter ao teste graciosamente oferecido por uma equipe clínica, duvidando dos benefícios que sua realização pudesse lhes trazer.

Além de sua duvidosa utilidade, a generalização do teste a toda a população — e o conseqüente internamento dos seropositivos, sejam ou não doentes, até a descoberta de uma cura, (proposta feita em São Paulo por um doutor norte-americano que vaticinava o fim do mundo em conseqüência da expansão da AIDS!) — significaria um fabuloso empreendimento comercial. Não é alucinação perceber, por trás de muitos apóstolos do alarmismo, desmesurados interesses em explorar o vasto negócio da AIDS.

A esperança da cura

Não há atualmente cura conhecida para a AIDS. O índice de mortalidade das pessoas que chegam ao estágio definitivo da doença oscila entre 85 e 100%. A medicina limita-se a tratar, com desigual fortuna, as infecções oportunistas e os cânceres que vão aparecendo, procurando retardar o mais possível a morte que se supõe

inexorável. Corre assim o risco comum à maioria das doenças ''graves'': complicar a morte e tornar ainda mais penosa a agonia.

Algumas infecções oportunistas, como pneumonia (provocada por *Pneumocystis carinii*), meningite (causada por *Cryptococcus neoformans*) e encefalite (desenvolvida por *Toxoplasma gondii*), involuem parcialmente, mas recuperam terreno pouco depois da suspensão dos medicamentos. Para outras infecções, não há praticamente tratamento, como no caso do *citomegalovírus*, vírus *Epstein Barr* e *polioma* (que provoca encefalopatia multifocal progressiva).

O sarcoma de Kaposi é também dificilmente tratável, mas em 40% dos casos existem, nos estágios iniciais da doença, em pacientes que não apresentem infecções oportunistas, algumas perspectivas de involução, mediante aplicação de interferom ou quimioterapia (embora esta facilite o surgimento de infecções oportunistas).

Têm-se experimentado algumas drogas dirigidas diretamente contra o retrovírus: HPA 23, sumarin, ribavarin, interferon alfa e AZT (azidotimidina); mas a resultante redução na produção de vírus é geralmente provisória e não efetiva nos estágios avançados do processo, podendo ocasionar efeitos colaterais complexos. Na verdade, a medicina não tem progredido muito no escorregadio campo da luta contra os vírus.

Especula-se bastante a respeito das possibilidades de descobrir uma vacina contra a AIDS. De vez em quando os agentes médicos e a máquina de sonorização das mídias arriscam vagarosos prazos: 1, 3, 15 anos. É certo que o empenho dos cientistas é intenso. No entanto, detalhar as reiteradas tentativas seria entrar num plano demasiadamente técnico. Caberá apenas esboçar as dificuldades que adiam indefinidamente a concreção dessa ilusão.

Em primeiro lugar, trata-se de um vírus extremamente mutante (o que muta é o invólucro protéico que o recobre). Um caminho possível é a fabricação de anticorpos específicos; no entanto, o vírus pode coexistir — como se vê nos testes — com os anticorpos destinados a neutralizá-lo. A isso se soma a dificuldade de achar um modelo animal onde as experimentações pudessem ser testadas. O mais aproximado seria o chimpanzé, que pode talvez ser contaminado pelo vírus da AIDS, mas a infecção em seu organismo costuma ser quase imperceptível. Além disso, sua manutenção é muito onerosa.

Os riscos e os conselhos

Perante a ausência de cura, os conselhos médicos se limitam ao plano da prevenção, reco-

mendando evitar práticas consideradas perigosas. Enumeram-se algumas das sugestões médicas e paramédicas:

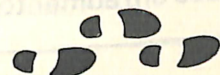
• reduzir o número de parceiros: os mais promíscuos estarão mais expostos ao contágio, pela lei da probabilidade;

• evitar contato com o esperma: conselho dirigido particularmente aos homossexuais masculinos, principal ''grupo de risco'', mas extensível a todo ser humano;

• usar camisa-de-vênus (camisinha): recurso que se tem mostrado eficaz contra outros vírus — o látex impede sua passagem. Se estiver mal colocada, pode deixar vazar esperma ou rasgar-se. Recomenda-se o uso com lubrificante. Deve ser colocada no pênis já ereto. Alguns espermicidas mostraram-se eficazes em experimentos *in vitro*, mas subsistem ainda algumas dúvidas;

• utilizar seringas descartáveis individuais: recomendação para os usuários de drogas injetáveis;

• abster-se dos atos considerados de maior risco de contágio: (segundo o item ''Transmissão''): coito anal, vaginal, relação bucogenital, buco-anal e todos os que implicam troca de secreções.

Esses conselhos não são ''inocentes'', mas partem de certo modelo médico de prática corporal que tem uma relação conflitiva com os usos concretos e históricos do corpo. Mas antes de discutir seus alicerces ideológicos, é necessário expor a polêmica (não menos ideológica) quanto à origem da AIDS.

A FÁBULA DAS ORIGENS

As origens da AIDS são nebulosas. A indecisão clínica favorece a proliferação de mitos — cujos limites com o saber são, na sociedade contemporânea, algo difusos.

Os primeiros supostos casos da AIDS teriam sido documentados, em setembro de 1979, no sul de Japão e, cinco meses após, no Caribe. Quem tenham sido realmente casos de AIDS é, à luz dos dados atuais, um pouco duvidoso; possivelmente foram casos de uma forma muito rara de leucemia, cujo vírus foi inicialmente associado ao da AIDS e de onde deriva a denominação americana.

Entre outubro de 1980 e maio de 1981 detectou-se no Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos um aumento inexplicável na incidência de sarcoma de Kaposi e de pneumonia provocada pelo protozoário *Pneumocystis Carinii* em homossexuais masculinos adultos, até então sadios, dos estados americanos de Nova Iorque e Califórnia. Casos similares se observariam, pouco depois, em imigrantes haitianos.

O que poderia haver em comum entre os sofisticados guetos *gays* de classe média e os de imigrantes haitianos, que pululavam miseravelmente à sombra dos arranha-céus?

Tendo em conta que a AIDS se transmite pelo esperma e pelo sangue, duas suspeitas se insinuaram a respeito dessa conturbadora identidade de preocupações entre *gays* elitizados e imigrantes negros famélicos. A primeira se apoiava na hipótese do contágio pelo esperma e a segunda remetia ao mercado internacional de bancos de sangue.

O acesso espermático desvelava os resultados de reiteradas excursões de *gays* em férias entre os hipersensuais machos haitianos, de quem o escritor dominicano Manuel del Cabral registra, no romance *El Escupido* (1970), o orgulho de serem excepcionalmente bem dotados: aquele que tenha o pênis do tamanho de um braço será considerado um "falo sagrado", com direito a mordomias não apenas libidinosas.

Segundo a primeira suspeita, as excursões de *gays* americanos para o Haiti teriam voltado aos Estados Unidos trazendo o vírus na bagagem.

Se, em vez de se fantasiar sobre os circuitos espermáticos da AIDS, se levar em consideração a transmissão sangüínea do vírus, as hipóteses tornam-se menos festivas. Poderia existir, talvez, alguma possibilidade de o vírus ter entrado nos Estados Unidos desde o Haiti, pela via das transfusões. O Haiti era então um dos principais provedores de sangue humano para o mercado hospitalar norte-americano (macabra troca, onde se vê como o imperialismo suga literalmente o sangue do povo mais pobre do continente).

Apesar das suspeitas de vias de contágio para os Estados Unidos, de onde realmente provém a AIDS? Neste ponto, as suposições tornam-se ainda mais erráticas. Especula-se a respeito de uma espécie de "nicho ecológico" da AIDS nas adjacências do lago Vitória. Haitianos residentes no Zaire, nas décadas de 60 e 70, mas que retornaram ao Haiti, haveriam tido algum papel na propagação transatlântica do fugidio vírus. Outras variantes — saindo do terreno da ciência pura e entrando no plano da guerra fria — mencionam os soldados cubanos estacionados em Angola como possíveis contrabandistas do vírus; os veteranos combatentes teriam contaminado gráceis *pájaros* (bichas) cubanos que, na fuga massiva de 1980, passariam a doença para seus irmãos americanos. Muitas dessas versões são nitidamente míticas, sem dados técnicos e

científicos que as fundamentem.

Cientistas americanos e franceses insistem em assinalar a África como provável berço da AIDS. As hipóteses sobre a antigüidade do surto são discrepantes. O virologista americano Andre Nahmias, de Atlanta, a partir da análise de plasma sangüíneo recolhido na África desde 1959, diz que teria havido, já naquela época, pelo menos um caso de AIDS. O professor Peter Piot, de Paris, infere da disseminação do vírus (em Zaire, Congo, República Centro-Africana, Ruanda, Zâmbia, Quênia, Uganda, Tanzânia) que, embora a epidemia seja mais antiga na África do que em outros continentes, ela não seria anterior à década de 70. A explosão do número de vítimas tem lugar entre 1979 e 1981, mas já se registravam casos isolados de pacientes africanos na Europa em 1976 e 1977, bem antes do surto americano.

A AIDS parece estar muito mais difundida na África (entre 5% e 10% da população dos países afetados registra anticorpos) que na Europa (onde os anticorpos são registrados em menos de 1% das amostras). Mas, diferente do que acontece no Ocidente — onde os principais ''grupos de risco'' são homossexuais e adeptos do ''pico'' (drogas injetáveis) —, na África a AIDS é uma doença heterossexual, afetando proporções mais ou menos iguais de homens e mulheres, com 10% de crianças.

Essa constatação contribui — ainda que com recursos cruéis — para abalar o mito de que a AIDS seria uma doença homossexual, mas serve para criar outros. Um médico de Trinidad, por exemplo, não exclui a hipótese de que a raça negra seja mais sensível ao vírus. Por sinal, 40% dos pacientes de AIDS norte-americanos são mulatos ou negros — embora as campanhas de *Gay Health* (Saúde Homossexual) sejam geralmente encabeçadas por brancos de classe média que confessam dificuldades para atingir os guetos de cor.

Perante tais insinuações, que tendem a atribuir aos negros uma suposta ''culpa'' pela AIDS, a reação é imediata: *Racismo*! O próprio governo haitiano tem esgrimido esse argumento. Um estado africano proibiu toda informação sobre a AIDS, atribuindo-a a uma conspiração colonialista. Em Bangui, capital da paupérrima República Centro-Africana, cinegrafistas europeus foram impedidos de filmar panorâmicas do hospital. A enviada especial de *Le Nouvel Observateur* (9.1.1987) interpreta: ''É que a República Centro-Africana tem vergonha da doença, porque ela revela costumes que os ocidentais reprovam''.

Quais serão esses costumes supostamente reprováveis? Em primeiro lugar, a promiscuidade (mesmo a heterossexual). O desordenado crescimento das urbes africanas após a desco-

lonização teria incidido num relaxamento geral dos costumes.

Nesse contexto, onde miséria e licenciosidade se somam — excluindo porém os homossexuais masculinos, severamente clandestinos —, o uso de preservativo é considerado um insulto. Também não há forma de convencer as mulheres contaminadas a deixarem de parir.

Entretanto, as convenções higiênicas das metrópoles desenvolvidas não são fáceis de transplantar para um quadro de extrema pobreza. Uma das causas da propagação da AIDS estaria na utilização de seringas não esterilizadas por falta de condições sanitárias e que são aplicadas em inúmeros pacientes. As populações africanas padecem de doenças muito mais "curáveis" e morrem por falta de alimentação e recursos técnicos — os hospitais centro-africanos não dispõem sequer de placas para raios X.

Continua a guerra dos vírus

Esse interesse médico pela evolução da AIDS na África tem alcançado resultados promissores, embora polêmicos. A hipótese africana consolida-se com a descoberta de novos vírus, denominados — por continuar a querela das no-

menclaturas — HTLV-IV (pelos americanos) e LAV2 (pelos franceses). Se os chamados HTLV-III e LAV eram afinal o mesmo vírus, isso não está tão claro nas novas contribuições laboratoriais.

Quase simultaneamente, em novembro de 1986, as equipes francesa e americana da AIDS anunciavam o achado. Montagnier, do Instituto Pasteur, emite a notícia em Lisboa, onde participava de um seminário. Contou com a colaboração da pesquisadora portuguesa (formada na França) Maria Odette Santos Ferreira, que teve a honra de fotografar pela primeira vez o novo vírus. Horas depois, alertado por um suposto espião, o dr. Essex proclamava em Boston uma descoberta semelhante.

O LAV2 foi isolado a partir de dois pacientes masculinos na Guiné-Bissau (ex-colônia portuguesa) e guardaria semelhanças genéticas com outro vírus de origem animal que costuma acometer o macaco-verde africano.

A descoberta do HTLV-IV, no entanto, proveio de uma equipe de pesquisadores suecos que o isolaram em pacientes africanos em quem a presença do vírus não provocava um desenlace fatal. Depois foi isolado em três prostitutas de Dacar (Senegal), nenhuma delas doente. Percebeu-se também certa similitude com o vírus presente no macaco-verde. A inferência tende a consolidar a hipótese de um vírus transmitido ao

homem por um macaco, carecendo no entanto de provas conclusivas.

Por trás do esforço internacional de especialistas para acumular informações sobre o vírus, suas combinações, suas origens, etc., há também uma dança de milhões, de créditos, de verbas, de prestígio e de interesses. ''A corrida da cura da AIDS tem cifras milionárias'', adverte a revista *Veja* (20.11.1985), sob o título de ''Saudável negócio''. A discrepância a respeito do nome do vírus chegaria aos tribunais. Ainda que o francês Montagnier tenha sido pioneiro no anúncio da descoberta do método de clonar (fazer cópias sintéticas em laboratório) o vírus da AIDS, a patente correspondente foi concedida a seu rival, o dr. Gallo; calcula-se que o lucro obtido por Gallo graças à patente oscilará nos próximos anos em torno de 200 milhões de dólares. Naturalmente, essa massa monetária se recicla em operações capitalistas das mais diversas naturezas. Anunciando certo avanço no campo da AIDS, uma empresa californiana de biotecnologia conseguiu que a cotação de suas ações subissem imediatamente.

Um vírus criado em laboratório?

A suspeita de que a AIDS tenha resultado de

experimentos laboratoriais, mais ou menos ligados à guerra bacteriológica, acompanhou toda a saga da doença como um estandarte legendário. Essa idéia foi, em muitos lugares, a primeira reação dos *gays*. A esquerda homófila californiana agitou o fantasma de um suposto complô para eliminar os *gays*.

Fora desses circuitos, o rumor começou a se espraiar de uma maneira um pouco legendária. As acusações vieram tanto da direita quanto da esquerda, no quadro congelado da guerra fria. Já em 1984, num Seminário de Guerra Psicológica, em Pretória, denunciava-se que ''homossexuais partidários de Fidel Castro lutam desse modo na guerra médica desencadeada por Cuba e URSS''.

As suspeitas sobre os cientistas americanos são um pouco mais sérias. Como antecedentes, mencionam-se: administrações experimentais de LSD a pessoas não informadas do que se tratava, na década de 50; e uma macabra experiência realizada com (ou contra) 400 indigentes negros doentes de sífilis, que foram tratados com placebo para se estudar os estágios de uma patologia que os antibióticos já extinguiram — alguns desses doentes sobreviveram até 30 anos, morrendo de sífilis. Em 1971 o senador Kennedy denunciou irradiações atômicas, com consentimento duvidoso, num grupo de 111 cancerosos.

A respeito da AIDS, os rumores falam de experiências de guerra biológica realizadas entre 1971 e 1978, no laboratório secreto do Exército americano em Fort Detrik, Maryland, destinadas a introduzir em Cuba a febre suína, cujo processo patológico tem alguma similitude com a AIDS.

Adiantados por revistas soviéticas e indianas, os rumores ganham peso quando, em 1986, três cientistas de certo renome lançam simultaneamente a notícia: o vírus da AIDS teria sido fabricado em laboratório, misturando o vírus Maed-Visna, encontrado nas ovelhas, ao agente causador da leucemia nos bovinos; por um acidente de manipulação, o vírus artificial, considerado inicialmente inofensivo, haveria se disseminado. Aliás, esses cientistas — Seak (Inglaterra), Streeker (EUA) e Segal (Berlim Oriental) — descartam a hipótese do macaco-verde, que já está em contato com o homem há milênios.

A teoria laboratorial foi chamada de ridícula, e suas acusações desmentidas com indignação.

Mas a polêmica está aberta. Seu desenlace não diz respeito apenas aos avanços da ciência médica, mas tem conseqüências diretamente políticas.

No entanto, a possibilidade de a AIDS ter surgido de um acidente de laboratório — o que obrigaria a refletir sobre a legitimidade de certas experimentações de alto risco feitas em nome

do saber — não dissuadiu os pesquisadores. Assim, cientistas franceses, em colaboração com médicos do Zaire, começaram, em dezembro de 1986, testes de vacinas e medicamentos experimentais contra a AIDS com cobaias humanas. Interrogado pela imprensa, o imunologista Zagury, responsável pelo projeto, negou-se a revelar detalhes, amparando-se no segredo científico. Apesar do perigo que a inoculação pressupõe aos voluntários, vale a pena talvez correr o risco: ao descobridor de uma vacina eficaz contra a AIDS está assegurado — calcula a revista *Veja* (24.12.1986) — um mercado potencial de 100 milhões de dólares.

A AIDS NO BRASIL

A doença chegou ao Brasil nos braços da moda. Se coube à dermatologista Valéria Petri o mérito de detectar, em fins de 1982, os dois primeiros casos brasileiros de AIDS (rapazes de 30 e 32 anos, com sarcoma de Kaposi, que tinham ido aos Estados Unidos), foi com a morte do costureiro Markito que começou a espetacular ressonância da praga. Sua agonia, detalhada minuciosamente pelos meios de divulgação, desencadeia a primeira onda de pavor local.

No início acreditou-se que a difusão da doença se restringia ao circuito dos *gays* mais abastados, que tinha condições para passar frenéticas temporadas nos *States*; era — ironizava-se — ''uma doença chique''. A lúgubre moda não foi monopólio dos salões mundanos, mas ganhou celeremente os consultórios médicos: ''As

doenças, como tudo, entram na moda'', admite o dr. Jean Claude Nahoum (entrevistado por *Médico Moderno*, jul. 1985), para quem essa moda ''não é necessariamente o aumento da incidência epidemiológica, e, sim, o aumento da incidência na cabeça dos médicos''. A AIDS não seria, segundo ele, uma nova doença, mas ''uma nova sistematização de elementos preexistentes; no caso da AIDS, esta construção foi estudada inicialmente em homossexuais, começou a ser procurada insistentemente em homossexuais e, naturalmente, foi encontrada em homossexuais. A partir daí, estabeleceu-se uma relação inequívoca entre AIDS e homossexualismo''.

Os homossexuais brasileiros não podiam permanecer insensíveis perante essa ''relação inequívoca''. Em julho de 1983, o Grupo Outra Coisa de Ação Homossexualista, em combinação com a Secretaria de Saúde de São Paulo, começa a distribuir panfletos de advertência nas esquinas do gueto paulistano. O volante instava os *gays* a selecionarem, ''como você sempre faz'', os parceiros sexuais, recomendando não entrar em pânico. Em caso de suspeita, sugeria dirigir-se ao primeiro serviço de atendimento a pacientes de AIDS que a Direção de Dermatologia Sanitária, em parte por pressão dos ativistas *gays*, consentira habilitar.

A irrupção da AIDS surpreende os *gays* brasi-

leiros numa situação paradoxal: a fraqueza orgânica dos já quase desestruturados grupos (apenas sobreviveria com ímpeto o Grupo Gay da Bahia) coexistia com uma expansão publicitária do espetáculo *gay*. O *desbunde* — versão tropical do *out of the closet* (literalmente, ''fora do armário'') dos *gays* americanos — não tinha apenas favorecido os portadores do novo modelo de *homossexual assumido* (aquele que mantém uma relação de igual para igual com outro homossexual, também assumido, sem precisar nenhum dos dois se efeminarem). Os travestis, que pouco tinham a ver com o programa de igualdade sexual, aproveitaram também a fresta aberta para invadir maciçamente as avenidas das megalópoles. A sugestiva sagração do travesti Roberta Close como ''modelo de mulher nacional'' pode bem simbolizar certa deglutição capciosa do homossexualismo que se insinuara, por volta de 1984, pela mídia. Com a emergência do mal, todo esse quadro mudaria: a sensual ambivalência de Roberta Close seria substituída pelo brilho severo de Dona Risoleta.

Há, na crise da AIDS, todo um cheirinho de restauração. Chegou-se longe demais, paga-se agora a culpa pelos excessos libidinosos! Um retorno ao casal, uma volta à família, *a morte definitiva do sexo anônimo e impessoal...*

A morte do teatrólogo Roberto Galizia — isolado atrás dos vidros da enfermaria, passou

seus últimos dias quase cego, ditando poemas à enfermeira —, no verão de 1985, marca o início da segunda onda de pânico. Os rituais da agonia seriam, doravante, reciclados insistentemente pela mídia.

A televisão desempenha um papel decisivo no procedimento, que chega a beirar o obsceno de espetacularização da morte: mostram-se, por exemplo, cenas de dois rapazes *gays* de mãos dadas, e logo depois um paciente carcomido pelo sarcoma de Kaposi; panorâmicas do gueto *gay*, seguidas de martírios de hospital. A imagética própria da medicina é terrorista. Nas reuniões de informação convocadas pelo recém-criado Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS, o público assistente — basicamente homossexual — era bombardeado com transparências de rapazes de nádegas corroídas e rostos desfigurados. Já em 1986, o pintor Darcy Penteado retira-se aos gritos de ''Terrorismo médico!'' de uma conferência do então secretário municipal de Saúde de São Paulo, onde era exibido na tela um homem deformado pela doença. A reação de Darcy não é apenas emocional: segundo ele, ''o problema da AIDS não é a doença em si, mas a paranóia que os meios de comunicação estão criando'', e denunciava que ''os veículos estão veladamente atrelados a poderosos esquemas médico-farmacológicos multinacionais que certamente pretendem faturar

altíssimo às custas da AIDS; a medicina desonesta, aliada a grupos conservadores, radicais e ferozes, pretende restaurar horrores em cima desse horror todo'' (*ISTOÉ*, 22.1.1986).

Nem todos os porta-vozes dos chamados ''grupos de risco'' tinham, num primeiro momento, as coisas tão claras. A redução da promiscuidade e da penetração nos encontros homoeróticos foi conclamada sem rodeios, ainda ao preço da abstinência: ''Entre transar e viver, minha opção é viver'', declarava, em maio de 1985, o porta-voz do GAPA.

Enquanto isso, a AIDS ia abandonando o dourado reduto do *jet-set*; aclimatando-se e nacionalizando-se, iria adquirir características propriamente brasileiras na sua difusão. Não somente quebrou com rapidez as barreiras de classes (em fins de 1986, 95% dos pacientes de AIDS provinham das classes populares), mas também as do gueto homossexual onde fora fechada revelaram-se paulatinamente frágeis. Embora os homossexuais contaminados constituam ainda a vasta maioria, a proporção de homens ''bissexuais'' contaminados sofre um progressivo aumento.

Essa redistribuição dos quocientes patológicos se torna preocupante, quando se levam em consideração as diferenças entre a heterogeneidade carnavalizante das homossexualidades brasileiras e certa uniformização comportamental (e até residencial) implícita no *modelo gay* americano, derivadas de histórias dissímeis.

Com efeito, após a dura repressão do macarthysmo na década de 50, o surgimento explosivo do *Gay Liberation* — a partir do confronto entre *gays* e policiais no bar Stonnewall, de Nova Iorque, em 1969 — daria lugar posteriormente a certa ''territorialização'' das populações homossexuais norte-americanas, que saíram, com tanto frenesi, dos armários do ''enrustimento''. Houve verdadeiras migrações para os grandes guetos *gays* (bairros inteiros habitados só por homossexuais) de Nova Iorque e Califórnia. A cidade de São Francisco, epicentro de *beatniks* e *hippies*, se converteria na capital do mundo *gay*; mundo de circuitos fechados, onde *gay* só transa com *gay* (o que pode explicar a restrita difusão da doença), mas também verdadeiros *laboratórios de experimentação sexual*, cujas repercussões nos campos vizinhos produziriam interessantes combinações. Assim, por volta de 1978, não era incomum que as freqüentes trocas de casais entre jovens californianos incluíssem, sem drama, algum parceiro homossexual. O novo modelo sexual americano subsumiu esses versáteis amantes sob a categoria de ''bissexuais''.

Esse paradigma de identidade sexual — que divide os indivíduos, segundo seu objeto amoroso, em ''homossexuais'', ''heterossexuais'' e

''bissexuais'' —, vigente nas alcovas americanas, seria quase literalmente transplantado no Brasil, onde a realidade sexual é bem mais complexa, por ocasião da programação da estratégia médica e paramédica de combate à AIDS. Tal modelo, que costuma estar implícito, sob formas às vezes diluídas na ''afirmação da identidade homossexual'' de alguns ativistas *gays* locais, tem o mérito de parecer simples e objetivo. Infelizmente, uma parte considerável das práticas homossexuais mais ''populares'' que vigoram ''ao sul do Equador'' corre o risco de cair fora do esquema. A começar pelo próprio termo ''bissexual'', inaudito nas barrocas nomenclaturas nativas (apenas no circuito de perambulação homossexual do centro de São Paulo, estão em circulação mais de 50 maneiras de aludir aos gêneros e estilos dos ''entendidos'', desde *bicha-baby* até *michê-gilete*). O ''bissexual'' seria traduzido para os códigos vigentes no gueto: uma espécie de ''enrustido'', que foge de sua família heterossexual constituída, à procura de uma aventura andrógina. A revista feminina *Nova*, preocupada com o tema, descreve, em março de 1986, um ''representante típico'' dessa inquietante espécie: ''Everaldo, 39 anos, executivo de uma companhia de seguros, tem três filhos e uma esposa com quem leva uma vida sexual agradável mas esporádica, nunca foi a um bar *gay*, não conhece um homem declaradamente *gay*, não se considera *gay*. Uma vez por semana, vai a um cinema pornô perto de seu escritório. Lá faz sexo casual com outros homens, e nunca fica por mais de meia hora'' (''sexo rápido e furioso'', condensa o mensário sentimental).

A defasagem entre as prevenções sexuais promovidas e as práticas homossexuais concretas não é retórica. Assim, em Campinas, a equipe médica da AIDS sentia, no próprio campo, essa inadequação: ''O que você recomenda não tem nada a ver com o sexo que eu faço'', queixavam-se os homossexuais populares no ambulatório.

No caso do Brasil, os conselhos preventivos dirigidos aos homossexuais integraram-se numa estratégia *progressista* — que visaria salvaguardar, mesmo ao preço do autocontrole, alguns tênues direitos humanos conquistados pelas minorias eróticas. Enquanto o ''progressismo'' médico advoga certa *reforma* das práticas corporais, diminuindo assim as probabilidades matemáticas de transmissão do vírus, outros setores, menos compreensivos, propugnam métodos mais ríspidos (do tipo ''acabar com o doente para acabar com a doença'').

O clamor por mais rigor percorre às vezes enunciados divinos. Os crentes da *Assembléia de Deus* aspergiram o exorcismo nos guetos paulistanos, distribuindo fulminantes anátemas

e conclamando à salvação. Nos folhetos, ecoam as ressonâncias dos regimentos da Inquisição, condenando os sodomistas à fogueira. A sodomia era também chamada — com razão — o "vício dos clérigos"; parece claro que tudo quanto toque nesse delicado ponto provocará a inquietação das Igrejas (exacerbadas pela propagação da AIDS entre seus sacerdotes).

Muitas das contribuições religiosas sobre a moderna praga giram em torno do pecado e do castigo divino. As *Testemunhas de Jeová* pregam que "a imoralidade — uma doença do espírito — tem colhido abundante tributo de epidemias físicas", tal qual profetizara Jesus, e predizem que, no Reino dos Céus, "terminar-se-á com a epidemia da imoralidade". A *Igreja Universal* põe em ação um Deus briguento: "A AIDS é um tapa de Deus na cara dos homossexuais". Para os *batistas*, trata-se de uma "interferência misericordiosa" do Criador: "Não será isto um aviso contra essa abominação (a homossexualidade) vindo do Deus Altíssimo? (...)".

Os agentes católicos são menos barulhentos. O arcebispo do Rio de Janeiro, após denunciar que "o homossexualismo, doença ou desvio voluntário, busca reivindicar foros de normalidade", vê na praga um lado positivo: "Os flagelos sociais servem de instrumento para despertar a consciência, exprobar a imoralidade reinante, fazer o homem retornar aos caminhos de

Deus". Mais equilibrado, o bispo-auxiliar de Salvador, mesmo rejeitando a tese da "ira divina", vê também algo positivo na crise da AIDS: "O vírus da AIDS pode até provocar uma reação positiva com relação ao comportamento sexual das comunidades: obrigar as pessoas a revisar a sua própria sexualidade e seu *modus vivendi*". Por sua vez, o arcebispo de São Paulo anunciou a abertura de um hospital para os doentes de AIDS.

Mesmo sem se preocupar com o vaivém da vontade Divina, os enunciados médicos, emitidos em nome da ciência, não são mais tranqüilizadores. Para Paulo Francis, na verdade os médicos não sabem muita coisa sobre a AIDS: "Falam de vírus. Vírus é a palavra mais sem sentido da mistificação médica, valendo para tudo o que os médicos não sabem" (*Folha de S. Paulo*, 7.7.1985). Houve alguns até que se recusaram a fazer a autópsia de uma vítima de AIDS, por medo de contágio. A paranóia se estende aos farmacêuticos: um deles recusa aplicar injeções em *gays* porque, se se contaminar, "lá em casa ninguém ia querer saber da história; todo mundo ia achar que eu virei a mão".

Antes do caráter virótico da AIDS tornar-se conhecido, alguns doutores indigitavam à vontade os supostos culpados. Um médico baiano atribuía a AIDS ao "consumo exagerado de hormônios estrógenos, prática habitual entre os

gays''. Um colega paulista complementava: ''A AIDS tem preferência pelo sexo masculino''. Já em 1984, um outro professor baiano, ante a grande quantidade de homossexuais entre as vítimas de AIDS, deduzia ''uma predisposição que só os invertidos possuem ou adquirem de seus desvios''.

Sob a multiplicidade de enunciados disparatados, imprecisos e contraditórios, se delineava o alvo da campanha: os homossexuais e, mais especificamente, a promiscuidade homossexual, o ''sexo anônimo''. Esse tipo de prática — na qual dois ou mais sujeitos se olham, ou apenas se apalpam, e logo, às vezes sem trocar palavras, se entrelaçam no frenesi dos corpos —, freqüente nas redes homossexuais, deriva, em parte, das condições históricas de segregação e clandestinidade tradicionalmente impostas a essas uniões: no corre-corre da perseguição, não há tempo a perder em cortejos floridos. Mas essa exuberância sensual dos modernos *gays* se encaixa também na secreta tradição da orgia, que mina a história oficial, da qual constituiria sua trama subterrânea.

As alternâncias desse desejo maldito são legíveis nos porões da história do Brasil. O véu do estigma velava, às vezes, paixões que discretamente se consumavam sob a sua sombra.

Teria havido, no embalo da década de 70 e aos compassos da ''abertura'', certo crescimento desse instável limiar de permissividade para com os comportamentos abertamente homossexuais. A tênue liberalização percorreu várias vias: a difusão da influência dos grupos *gays* e seus porta-vozes; o próprio *desbunde* das populações homessexuais, disputando e ocupando espaço em certas áreas das grandes cidades; concomitantemente, a proliferação de estabelecimentos comerciais, do tipo boates, bares, saunas, etc., que, consolidando um micromercado de clientes e consumidores *gays*, ajudavam a ampliar as diferenças de classe que a antiga penumbra esfumaçava.

Em São Paulo, a irrupção da AIDS radicaliza, no plano espacial, o progressivo esvaziamento do gueto *gay* do centro da cidade. Essa mudança na densidade territorial interessaria a polícia, que aproveita a queda da movimentação para ocupar áreas históricas. Num dado momento, o *trottoir* fervoroso de *gays, bichas, michês, travestis* e todo tipo de *entendidos* parece cessar (enquanto isso, locais mais secretos, como banheiros de cinemas, se ativavam; como se, perante a ameaça moralista, os afetados optassem pela volta à clandestinidade).

As saunas são precisamente o ponto de discussão mais ardente da delicada questão da AIDS. Elas tiveram, paradoxalmente, uma origem higiênica — e algumas ainda funcionam segundo o modelo terapêutico. Nas mais moder-

nas saunas *gays*, numa verdadeira perversão da função higiênica, o sexual desloca qualquer outro calor: trata-se de locais orgiásticos, com câmaras obscurecidas especialmente para a confusão dos corpos suarentos. Na medida em que os atletas sexuais têm aí condições para superar todos os recordes, supõe-se que, do ponto de vista da probabilidade de propagação da AIDS, a sauna seja um local perigoso.

A proliferação de saunas e bordéis masculinos em São Paulo, sobretudo por ocasião da irrupção da AIDS, parecia incontrolável. Os locais se abriam com instalações rudimentares, em bairros afastados. Os seus freqüentadores eram rapazes do bairro, que costumavam fazer uso tanto libidinal quanto higiênico das cálidas brumas. Timidamente, equivalentes heterossexuais desses recantos vaporosos, até então dominados por empresas de prostituição feminina, se liberalizavam; em certo bairro chique, era permitido o ingresso de damas e cavalheiros desacompanhados.

A AIDS vem interferir nesse processo — ainda incipiente — de relaxamento dos costumes. Se o alvo preferencial da campanha são os homossexuais masculinos, a ofensiva moralista aponta também contra certo gênero de *mulher liberada*. Novamente a revista *Nova* nos oferece um perturbador retrato desse tipo de mulher: Sheila, 30 anos, "acostumada a ir para a cama

com homens diferentes, quando lhe dá vontade". Ela não se mostra nem um pouco assustada com a AIDS, o que deixa as cronistas preocupadas; estas prorrompem em projeções sobre o eventual desenvolvimento heterossexual do mal.

O interesse que o *show* de subinformação satisfazia nas massas tinha algo de deleitação mórbida. Cruas descrições das vicissitudes do coito anal, da profundeza da penetração, da força da felação e da letalidade do beijo ganharam as salas familiares, complementadas com dados sobre os promíscuos e suas diabólicas *performances*. Um verdadeiro coquetel de sexo e morte, quase beirando o *pornô*, sem assumi-lo. Mas quando um filme abertamente pornô — *Eu tenho AIDS*, de Davi Cardoso — tenta explorar o filão, sofre ameaças de boicote, acabando languidamente perante platéias abandonadas por seus freqüentadores, mais ávidos de filmes que servissem de fundo aos seus próprios gozos. Parece inerente à campanha da AIDS que a vivência homossexual seja verdadeiramente visibilizada.

A estridente campanha da AIDS teve, no Brasil, algumas conseqüências lamentáveis. Um dos episódios mais chocantes foi a expulsão, em junho de 1985, de 24 garimpeiros homossexuais de Serra Pelada, acusados de desfilar travestidos pela área. Os desterrados, despidos

(alguns tiveram cabelos, sobrancelhas e cílios arrancados), foram trancados em dois caminhões com a faixa "Transporte Gay" e abandonados na transamazônica. O incidente aconteceu nove dias depois de uma conferência médica sobre a AIDS. A Polícia Federal comandou a operação.

Talvez tanta insistência na prevenção, na ausência de tratamento, incite alguns homens armados a ações mais enérgicas. A truculenta *blitz* contra os *gays* paulistanos pode dar uma idéia da perigosa mistura entre enunciados médicos e interpretações policiais. Também a sucessão de metralhamento contra travestis ao longo de 1986, atribuídos pelos próprios policiais a supostos doentes de AIDS querendo se vingar, mas destinados a expulsá-los dos seus pontos com métodos mais diretos que o simples medo à doença, se inscreve no recrudescimento da violência contra os dissidentes eróticos sob o amparo do fantasma da AIDS.

Preocupados com o avanço da doença e não satisfeitos com a ampla colaboração dos grupos *gays* organizados, setores médicos chegam a propor mudanças na legislação.

É provável que essas "novas legislações especiais" guardem menos relação com um temor fundamentado de uma escalada heterossexual da doença, e tenham mais a ver com certa tendência a transformar a *prevenção* em *repressão*.

A AIDS em 1987: o Governo José Sarney assume a campanha da AIDS

Talvez não se trate tanto de uma repressão generalizada (inferência otimista que repousa em certa tradição estratégica do poder policial no Brasil, dirigida antes a uma redistribuição e controle das *zonas* e suas cortes marginais que a uma extirpação radical dos perversos), mas de um controle mais estrito dos suspeitos e suas práticas. O patrulhamento da Polícia Militar pelos guetos de Brasília, à caça de recrutas sensíveis aos encantos homoeróticos, indica como, sob a desculpa da AIDS, as liberdades cotidianas, os direitos de ir e vir são cerceados.

Se as medidas de prevenção da AIDS evoluíssem da internação dos casos já declarados ao isolamento dos suspeitos, a sombra de algum novo *pogrom* (similar às perseguições anti-semitas na Europa Central) seria lugubremente vislumbranda. Perspectivas igualmente desalentadoras se inferem de uma eventual generalização do teste à população: a composição sangüínea de um sujeito poderá, numa utopia pessimista, tornar-se um critério inapelável para determinar inclusão ou exclusão de qualquer um dos circuitos sociais.

HOMOSSEXUALIDADE E PODER MÉDICO

As relações entre homossexualidade e medicina são promíscuas. A homossexualidade guarda uma espécie de dívida fundamental com a medicina, que teve o mérito de inventar e organizar seus modos de nominação e implantação, de definir seus territórios. O termo *homossexualidade* foi cunhado em 1869 por Benkert, um médico húngaro, em substituição ao mais poético *uranismo*; estas denominações cobriam, por sua vez, o antigo domínio teológico da *sodomia*.

A troca de nomes faz parte de uma operação que não é só retórica. Seguindo a obra de Michel Foucault (paradoxalmente, vítima da AIDS) pode-se situar, já a partir do século XVIII, um

progressivo deslocamento da problemática da *carne* (que respondia à hierarquia teológica dos pecados) à axiomática da *sexualidade* que vai fazer proliferar uma vasta tipologia de espécies perversas onde antes reinava a ameaça, menos diferenciada, das chamas infernais.

Algumas ''espécies'' foram mais afortunadas do que outras. Dos ''presbiófilos'', e das ''dispareunistas'', poucos se lembram hoje. A homossexualidade — ainda sob o eufemismo de ''o amor que não pode dizer seu nome'' — manteve, no entanto, um sólido prestígio. Não é que ela não fosse considerada, em princípio, uma doença; no entanto, sua apropriação tem sido muito disputada entre os distintos ramos do saber e do poder: deficiência bio-hormonal ou transtorno psicossexual? Doente ou caso de polícia? As distinções entre os rótulos não são excludentes: os dispositivos em que se instrumentam podem agir simultaneamente sobre os corpos em questão.

A proliferação de saberes e poderes sobre o sexo acarretaria o próprio crescimento das perversões, não precisamente como um deslize indesejado. Esse poder não anula o prazer; pelo contrário, graças ao isolamento, à intensificação e à consolidação das *sexualidades periféricas* — que antes não conformavam senão uma vasta massa amorfa —, ''as relações do poder com o sexo e o prazer se ramificam, se multipli-

cam, medem o corpo e penetram nas condutas''. Da interferência de poder, saber e prazer vai emergir, então, uma nova codificação do sexo: a *scientia sexualis*.

Como o olho do poder penetra nas mucosas, nos esfíncteres, nas ondas dos espasmos, nas irisações do gozo? Em primeiro lugar, através de versões mais ou menos modernizadas da antiga confissão: trata-se de contar tudo sobre o sexo. Quando essa informação privilegia o desejo, o sonho, a fantasia, é a vez do psicanalista. Mas o ritual da confissão sexual não abandona, por isso, a assepsia dos recintos hospitalares. Ela está presente em boa parte das consultas normais, cresce em intensidade quando moléstias venéreas entram na sala e se despem de todo pudor perante as suspeitas de AIDS.

Além da confissão, o arsenal médico dispõe de recursos menos subjetivos, de tecnologias cada vez mais sofisticadas. A relação entre o médico e o paciente se despersonaliza, se torna anônima. Em compensação, a relação entre a doença e a instituição médica, passando por cima do desejo ou do entendimento daquele que sofre, se intensifica, amarrada por fios profundíssimos e complexas aparelhagens.

O olhar médico não se limita a intervir no orgânico, mas abrange o regime de vida do sujeito atendido. Um exemplo que não tem nada a ver com a AIDS: a implantação de um programa ma-

terno-infantil, em contrapartida a atendimentos e prestações materiais gratuitas (leite, vacina, etc.), exige que o beneficiado se submeta à orientação direta da instituição no que diz respeito às normas de higiene, disciplina, dietas, habitação, enfim um verdadeiro papel disciplinador, que exerce também uma ação classista, impondo aos socorridos as normas médicas da classe média — em detrimento de seus próprios hábitos, tidos como insalubres.

Não resulta então surpreendente que, no caso da AIDS, na medida em que o vírus se transmite por via sexual, os conselhos médicos veiculem um disciplinamento das práticas sexuais, especialmente das homossexuais. Também não seria de surpreender se a ênfase profilática pudesse extrapolar o simples aconselhamento, mas recorresse à força para torná-la, em nome do bem público, obrigatória. Se medidas coercitivas foram aplicadas a mães renitentes a participar de cursos de pré-parto, pode-se imaginar até onde poderá chegar o afã higiênico no caso dos homossexuais pacientes de AIDS.

Além de aplicar um conjunto complexo de mecanismos comuns à massa das doenças, o poder médico pode estar extraindo, do episódio da AIDS, uma espécie de *mais-valia* moral. E isso remete, novamente, ao longo envolvimento entre medicina e homossexualidade.

Se a primeira onda de liberalidade homos-

sexual foi afogada em sangue e gases pelo nazismo, a segunda impulsionou transformações nas normas jurídicas e forenses de alguns países do Primeiro Mundo. A retirada da homossexualidade da lista de doenças mentais, por parte da Associação de Psicólogos Americanos, em 1974, pode ser considerada um episódio simbólico no processo de saída da clandestinidade das homossexualidades contemporâneas.

O preço dessa saída das sombras foi alto. Antes o homossexual fora transformado numa *espécie*, dotado de uma *personalidade* que girava completamente em torno da sua recém-descoberta sexualidade. No entanto, seu antecessor — o *sodomita* — não passava de alguém que praticava o coito anal, sem que nenhuma construção de ''personalidade'' se inferisse de seu ''pecado nefando''.

À medida que ia sendo ''tolerada'', a homossexualidade seria ''modelada''. Uma vez que ela, tão maldita, acedia ao vestibular dos gozos tolerados, é como se tivesse que se mostrar capaz de se integrar disciplinadamente nos compartimentos da *normalidade ampliada*. Isso implica, por um lado, a ruptura com a massa das marginálias com as quais, nos corredores tenebrosos dos *bas-fonds*, ela se misturara alegremente. Por outro lado, a cisão vai se dar também a respeito de gêneros mais ''clássicos'' (*bichas*, travestis e todo o folclore ''ativo/passi-

vo"). Ruptura com as "homossexualidades populares"; instalação em guetos dourados de *gays* plásticos e bem-comportados: esse o preço da luz.

No entanto, não se pode dizer que o resultado do *gay liberation* fosse precisamente casto. Pelo contrário, o gueto residencial à moda americana se caracterizou por uma promiscuidade desenfreada. Ela era tão explícita que os cientistas sociais a legitimaram; assim, numa pesquisa em São Francisco em 1970, os sociólogos Bell e Weinberg consideravam como protótipo "funcional" de *gay* aquele que levava uma intensa prática sexual com uma grande quantidade de parceiros e, assumido, não esbarrava em sentimentos de culpa que atrapalhassem sua *perfomance*. Porém, os pesquisadores situavam no casal homossexual, mais prolongado e sedentário, o paradigma de harmonia e adaptação integradora à ordem social.

A homogeneização derivada do modelo *gay* chegou bastante longe em algumas metrópoles do Primeiro Mundo. No entanto, a intensificação da experiência sexual que a acompanhava continuava a provocar densas inquietações nos círculos sociais. Um sociólogo progressista, Castels, vê na desbordante perversidade dos *gays* o principal obstáculo para uma aliança sólida com outros grupos minoritários, o que lhes permitiria maior poder político na cidade de São

Francisco, onde constituíam uma força considerável. O homossexualismo era tomado como *modo de vida* e não enquanto prática sexual.

De outro lado, cabe reconhecer que a transformação contemporânea das práticas e discursos sexuais não se limitou aos homossexualismos; pelo contrário, *ela faz parte do vasto processo da revolução sexual*. A moralização desencadeada em torno da doença deve ser entendida como uma conseqüência *a posteriori* da revolução sexual, integrada a seu refluxo. Sintomas do "retorno ao casal" são, na verdade, anteriores à emergência da AIDS. As feministas arrependidas, como Betty Frydan, vinham postulando o "retorno ao lar", achando que a autonomização das mulheres provocara, afinal de contas, miséria e solidão.

É que a chamada "revolução sexual" acabaria impulsionando certa *inflação do corpo* — legível não somente no *show das mídias*, mas também na expansão de uma potente indústria da ginástica e outras *técnicas corporais*. Assim, a despeito dos ideólogos radicais da *liberação sexual* — propondo um questionamento global dos valores da sociedade —, a paulatina banalização do sexo permissivo acabaria gerando um difuso tédio. O sexo perdia a emoção, o risco alucinante da transgressão e a paixão. Nos Estados Unidos, havia grupos pregando a abstinência (a "nova castidade") como reação a essa licencio-

sidade programada; simultaneamente, ocorriam procuras sofisticadas de novas sensações, de usos singulares do sexo (recursos sadomasoquistas, auto-eróticos, etc.).

Só a partir desse ''refluxo'' da *revolução sexual* é possível um dispositivo como a AIDS — não a doença em si, mas a moralização desencadeada em torno dela. Para obter o disciplinamento do corpo deve-se confessar certas intimidades escabrosas, como penetrações, ejaculações dentro ou fora do ânus, etc. Se a moral pública não permitisse falar coisas assim, a AIDS seria — como foi a sífilis — uma ''doença secreta'' — e fruiria talvez da auréola heróica da aventura clandestina. Entretanto, uma campanha como a da AIDS exige como pré-requisito que tudo o que diz respeito à corporalidade possa ser dito, mostrado, exibido, assumido; a partir disso é que se pode diagnosticar e regulamentar. Antes os anormais estavam *fora*: fora da família e fora do consultório. Agora já podem entrar e receber conselhos.

Uma vez que a medicina deixa de considerar a homossexualidade uma doença, parece dedicar-se então a curá-la, ou melhor, a regrá-la. Tanto a redução no número de parceiros quanto o abandono de libidinosidades extraviadas estariam a impulsionar (pelo menos é o que parece) mais do que a repressão dos encontros homoeróticos em bloco, sua colocação sob controle médico-

institucional, no sentido de uma ''*medicalização'' do sexo*.

Como não ler certa sensualidade nessa fixação do olhar médico nos avatares do prazer? Diz Foucault: ''O poder que, assim, toma a seu cargo a sexualidade se impõe o dever de roçar os corpos; os acaricia com o olhar, intensifica suas regiões; eletriza superfícies; dramatiza momentos turbados. Abraça com força o corpo sexual''. Com a AIDS, o abraço médico vai pousar nos esfíncteres, seu ponto de apoio.

A ''analidade'' entra em jogo. *Os olhos da ciência voltados ao ânus!* A máquina médica explora as mucosas, os pontos de roçamento e de fruição, as feridinhas microscópicas que testemunham uma potência descontrolada. A operação transcende o sigilo branco dos hospitais e torna-se espetáculo. Ponto limite do dispositivo: transformar o antes proscrito em espetáculo, um grande *show*. No entanto, nessa tradução das intensidades do desejo para esquemas normativos do discurso médico, algumas coisas devem se perder. O que antes era gozo, na populosa intimidade da orgia, é logo projetado nos *slides* como bandeira de perigo.

Pode-se perguntar se as dúvidas ainda imperantes a respeito da eficácia real das camisinhas e espermicidas não tendem a preservar, como tributo à moral convencional, algum limiar de restrição. Seja como for, a introdução de uma fi-

na película de látex entre os lascivos órgãos pode talvez adquirir, para além do terapêutico, algum valor simbólico — à maneira de uma inscrição que marcasse, no turbilhão dos fluxos, a presença transparente da lei.

O dispositivo da AIDS não parece dirigir-se (pelo menos da ótica progressista) tanto à extirpação dos atos homossexuais, mas à redistribuição e controle dos corpos perversos, fazendo do homossexual uma figura asséptica e estatutária, uma espécie de estátua perversa na reserva florestal. Seria interessante perguntar-se: por que justamente o homossexual constitui o alvo dessa programática?

Se os homossexuais são, em algum sentido, ''criaturas'' médicas, não poderia o episódio da AIDS servir para reintegrar os díscolos ao rebanho? Aquém dessa especulação, sugere-se que o ''modo de vida *gay*'' poderia constituir uma experimentação de vanguarda na criação de modelos cada vez mais individualistas de subjetivação. Isto é, certas características da vivência *gay* — solidão, desarraigamento, desengajamento das redes familiares, etc. — se transformariam em funcionais ou passariam a ser imitadas por setores da população não necessariamente homossexuais. Seria então preciso ''desinfectar'' o homossexual para que encarnasse, sem perigos nem fugas, esse ''estilo de vida'' dissociado da prática da promiscuidade social-

mente indesejável. Uma ''dessexualização'' da homossexualidade?

Corações solitários

A programática da AIDS indica um deslocamento no próprio plano das uniões corporais. A mudança de hábitos sexuais recomendada implica uma mudança de eixo no seio da relação homossexual masculina, que deixaria de estar centrada no esfíncter (ou seja, na penetração anal) e passaria a se centrar na masturbação, no melhor dos casos, mútua.

Essa transformação é agora justificada por uma razão sanitária de peso. No entanto, na própria imposição do *modelo gay* se advertiam sinais desse deslizamento no eixo da intensidade do gozo. Já nos finais da década de 70, pesquisadores especializados observavam que, entre os homossexuais norte-americanos, atos como bolinações, felações e masturbações mútuas tendiam a predominar sobre a penetração. No entanto, esta prática mantinha, entre os homossexuais porto-riquenhos e de classe mais baixa, todo seu profundo prestígio.

É revelador que a programática da AIDS se aproxime desse modelo ''anglo-saxão'' de ho-

mossexualismo, postulando uma reeducação das formas mais "latinas" e supostamente "atrasadas". A convicção com que se leva a cabo essa operação explode, quando se atribui predominantemente à "desinformação" a demora de uma parte considerável das populações afetadas em mudar suas maneiras tradicionais de transar. É mais do que provável que haja uma dose real de desconhecimento; no entanto, essa reticência em adotar as práticas "sadias" pode manifestar também certo grau de "resistência desejante", que tem a ver com a história dos gozos corporais.

Voltando à masturbação, é curioso que ela seja agora recomendada como alternativa, quando algumas décadas atrás ela era considerada a fonte de uma diversidade de moléstias e desvios psicossomáticos. Nos Estados Unidos, à luz dessa promoção, desenvolveu-se inovadora prática: o *sexo telefônico* — o cliente telefona para uma agência especializada e escolhe uma voz (efeminada ou grossa, delicada ou chula) para graduar, segundo o tom, a manipulação dos espasmos.

Assim, à medida que se refina, a perversão parece se tornar mais solitária e distante. Talvez esse "sexo auricular" esteja indiciando uma culminação provável das políticas da identidade sexual: o sexo deixando de ser uma relação entre os corpos, para virar uma relação de cada

um com o seu próprio corpo. Fechados nas mônadas individualistas, corresponderá apenas a cada um escolher, no mercado de artifícios, a própria fantasia.

Porém setores da Igreja não conseguiram ainda deglutir essa legitimação auto-erótica: por ocasião do planejamento da última campanha da AIDS, resgataram da Bíblia os versículos que condenam o onanismo.

A "medicalização" da vida

Sem precisar rodear-se de acordes bíblicos, a medicina é a grande protagonista da crise da AIDS. Com o episódio da AIDS estaria acontecendo uma expansão sem precedentes da influência e do poder médicos, graças à caixa de ressonância dos meios de comunicação. Esse discurso sonorizado e repetido consegue comprazer às massas, que se desesperam procurando delegar, na obsessão pela saúde, seus fantasmas cotidianos. Como parte de um programa global de *"medicalização" da vida* — que, em última instância, seria ela mesma uma "doença" — a medicina confisca e se apropria da morte, fornecendo respostas tecnocráticas a medos ancestrais e vendendo sutilmente certa ilusão de imortalidade. A instituição médica se coloca,

assim, em situação de legitimar sua jurisdição moral, isto é, a potestade que estabelece, em nome da saúde, as regras da existência.

Sentimos já no cotidiano as conseqüências dessa paulatina ''medicalização''. Certos rituais decisivos da vida são transferidos do espaço doméstico ao confinamento hospitalar. Nascemos, parimos, adoecemos e morremos todos nos modernos templos sanitários, sob uma miríade de olhos clínicos ciosos que vigiam nossos processos vitais.

Já não há mais uma relação pessoal com a morte. As antigas cerimônias de moribundos despedindo-se no leito, rodeados por uma assembléia de parentes e amigos, se extinguiram. Morrer tornou-se um mero fenômeno técnico, marcado pela interrupção de assistência num momento determinado pela equipe hospitalar. Haverá os ''bons doentes'', que seguem até o final a ordem das experimentações clínicas, e os ''maus doentes'', que resistem. Entre as vítimas da AIDS, Rock Hudson seria, por exemplo, um ''doente bem-comportado'' (rodeado de uma multidão de atendentes, respeitou fielmente todos os conselhos); enquanto o costureiro Markito seria um ''doente malcomportado'', por ter fugido do tratamento quando sentiu que não dava para fazer mais nada.

O pior é que, chegada a hora, fica difícil conter a máquina médica que multiplica intervenções e experimentos, tornando a morte mais penosa e a agonia mais cruel. Está fresco ainda o triste calvário do presidente Tancredo Neves, espetado e preso a uma parafernália de aparelhos. O terrível é que esse macabro final pode ser de todos nós.

No entanto, essas intervenções espetaculares podem contribuir para o progresso do conhecimento, mas não parecem salvar tantas vidas quanto se propala. Boa parte da diminuição dos índices de mortalidade no Ocidente se deveria, mais do que aos avanços da ciência médica, às melhoras gerais de condições sanitárias, alimentares, residenciais, etc. Não basta que a vacina contra determinada patologia seja descoberta, se o ambiente vital continua sendo mórbido. Mais grave ainda é a mortalidade produzida pela poluição e pelo trabalho insalubre. Embora os médicos falem habitualmente em nome da vida, podem se converter, no atual sistema sócio-econômico, em administradores da morte capitalista.

Nas políticas de combate à AIDS, o discurso médico parece considerar os órgãos e os corpos como coisas perfeitamente reguláveis. No entanto, enfrenta uma incontornável resistência: o desejo. A medicina não pode lidar com o desejo, pois escapa às prescrições segundo um impulso que não é racional nem formalizável. Entretanto, as normas higiênicas não partem do que é

prazeroso e agradável, mas da frieza da análise técnica.

Não podendo regulamentar os avatares do desejo, a medicina o exclui — isto é, ele fica fora do campo do "real" —, supondo que os percursos existenciais possam ser regidos segundo convenções profiláticas, em detrimento dos fluxos das paixões, dos tesões, das intensidades.

A aversão médica pelo desejo se estende às drogas: só são ministradas ao paciente enquanto o médico não suspeitar que aquele possa encontrar nelas algum desfrute. Tem sido sugerida, por sinal, a distribuição gratuita de seringas entre os usuários de drogas injetáveis, para atenuar a transmissão sangüínea da AIDS. Embora sensata, essa medida significaria talvez abrir demasiadamente as comportas de certas "viagens" estigmatizadas, "doentias", incontroláveis.

A ORDEM DA MORTE NA DESORDEM DOS CORPOS

Além do seu valor terapêutico, as recomendações distribuídas a respeito da AIDS, dividindo os encontros sexuais em aconselháveis ou desaconselháveis segundo o seu grau de risco, parecem dizer respeito a certo *regime de corpos*. Examinando mais de perto a natureza desses conselhos, percebe-se que eles pregam determinada *organização do organismo* (funções hierárquicas dos órgãos): a boca para comer, o cu para cagar, o pênis para a vagina, etc. Os usos alternativos do corpo costumam ser considerados prescindíveis; sobretudo o coito anal (lembre-se da palavra de ordem dos *gays* paulistas no seu apogeu contestatório: "O coito anal derruba o capital") está no alvo das operações médico-jornalísticas desencadeadas pela AIDS. Alguns

comentaristas, reconhecendo que a desmesura do sensacionalismo esconde males muito mais sérios (como a epidemia de Alzheimer), consideram a AIDS uma doença, ''em grande parte, evitável''. Presunção que repousa numa crença vastamente difundida: o coito anal — que não produz nem reproduz nada — seria, distintamente do vaginal, desnecessário; desvio ou aberração; não lhe caberiam as virtudes da ''naturalidade'', mas apenas os infortúnios do vício.

A sodomia constituiu um grande foco de proibições a partir do judaísmo-cristianismo, e em particular na Idade Média. Certamente, os argumentos mudaram: se para a Inquisição tratava-se de evitar o derrame gratuito do esperma não destinado à procriação, em benefício direto de Deus e seus testas-de-ferro terrenos, a atual desestimulação da sodomia recorre à receitas do saber médico para se manifestar, sob a forma de uma prescrição destinada a prolongar as possibilidades de sobrevivência dos pacientes a seu cargo (praticamente toda a população).

Sade e a sodomia

Já na obra do marquês de Sade o uso sexual do ânus vem carregado de conotações subversivas: ritualizada no discurso que ritma as aberra-

ções orgiásticas, a sodomia era honrada como exaltação da *contra natura*, desafiando — como os beijos no cu do Diabo — uma divindade sexófoba cuja morte, junto com a do Rei, era proclamada. Mas os encantos da sodomia não se esgotam na simbologia deicida. Já Dolmancé, o herói de *A filosofia na alcova*, privilegiava a lubricidade desses gozos:

''O cuzeiro, depois de se ter divertido por instantes na contemplação do belo cu que lhe é apresentado, depois de ter lhe dado umas palmadas e uns toques, e depois de até muitas vezes o chicotear, beliscar e morder, umedece com a boca o buraco querido que vai perfurar, preparando com a ponta da língua a introdução; molha também o seu instrumento com cuspe ou pomada e mete-o suavemente no buraco que vai perfurar; guia-o com uma das mãos e com a outra afasta as nalgas do seu prazer; logo que sinta o membro a penetrar, deverá impeli-lo com ardor, tomando cautela não vá perder terreno; muitas vezes a mulher sofre com isso, se for nova e jovem; mas, não se importando com dores que em breve se transformarão em prazer, o fornicador deverá impelir vivamente o caralho, segundo uma graduação, até conseguir chegar ao fim, quer dizer, até que os pêlos do instrumento rocem exatamente nas bordas do ânus do objeto que estiver a enrabar. Prossiga agora o seu caminho com rapidez, pois os espinhos estão completamente colhidos; só restam rosas. Para acabar de metamorfosear em prazer os rastos de

dor que o objecto ainda sinta, pegue no caralho e masturbe-o, se se tratar de um rapaz, faça cócegas no clitoris, se se trata de uma menina; as titulações de prazer que fará nascer, fazendo encolher prodigiosamente o ânus do paciente, desdobrarão os prazeres do agente que, cumulado de satisfação e volúpia, breve atirará para o fundo do cu dos seus prazeres uma tão abundante quanto espessa esporra, determinada por tantos pormenores lúbricos''.

O libertino sadeano dá preferência aos rapazes e às volúpias da passividade, que desencadeariam certo ''devir mulher'', pois ''... é tão delicioso fingir de puta, entregarmo-nos a um homem que nos trata como se fôssemos mulheres, chamar esse homem amante, confessarmo-nos suas amantes''.

Além dessas predileções particulares, parece que a suposta evitabilidade da ''analidade'' só pode ser colocada do ponto de vista funcional puramente biológico e normativo. A prática perversa não se ancoraria na carência da necessidade, mas nos excessos gozosos do desejo. Do ponto de vista *intensivo*, os prazeres da sodomia seriam, segundo Sade, quase irresistíveis.

Sexo nômade

Outro problema é a questão da promiscuida-

de, da orgia, do *sexo nômade*. Certo ponto de vista psicomédico supõe que os corpos eróticos aspiram universalmente a relações amorosas estáveis. No entanto, esse sexo nômade não seria uma manifestação de carência ou de falta de amor fixo, mas haveria toda uma relação de *vontade* e afirmação do desejo.

O dispositivo desencadeado a partir da AIDS pretende ''fixar'' essas sexualidades nômades, promovendo uma ''conjugalização''. Aqui novamente se vislumbra a ''incompreensão'' da ótica médica: se já é difícil aceitar que certos órgãos sejam erotizados em detrimento de outros que teriam essa ''função'' fisiológica específica, menos ainda entenderá certas práticas orgiásticas ou nômades, onde se trata de fazer com uma grande quantidade de parceiros o que poderia ser feito, do ponto de vista técnico, com apenas um. A moral médica entra em choque com as combinatórias dos corpos que desejam.

As fugas intensivas

Envolvidos numa rede de encontros sociais, *os corpos produzem intensidades*. Por sinal, os afetos e repulsões entre os corpos, suas sensações, são eles próprios intensivos, isto é, modulam-se segundo limiares de intensidade, cuja

produção transtorna e atravessa os próprios corpos, extremando ou subvertendo até a organização fisiológica do organismo. Daí que procuras muito fortes *de intensidade, de êxtase nas sensações*, possam tensionar o corpo até o limite de sua resistência, até as portas da morte e da desagregação.

O desejo tenderia ao excesso, à desmesura, à fuga. Os caminhos são variáveis. A busca extremada de intensidade pode percorrer as vias da orgia, da perversão radical e sistemática, até a extenuação e a repetição apática dos gestos. Linha de fuga sempre fronteiriça, ela pode beirar os abismos da destruição ou da autodestruição, desencadeando uma *paixão de abolição*.

Tanto o perverso que perambula pelas bocas do perigo, quanto o consumidor de drogas que se obstina na exacerbação até o impossível de uma vertigem frenética estariam mergulhando (ou naufragando?) nas areias movediças onde a intensificação do desejo roça a morte. No entanto, essa procura desenfreada não é estritamente suicida, embora o suicídio possa aparecer, à maneira de um acidente ou de uma tentação, na complexidade de seus meandros. Essa demanda de intensidade é essencialmente afirmativa — afirma a vida tensionando-a e tensionando o corpo, viajando na experimentação dos seus limites. Experiência de um desafio radical que arrisca na sua exploração intensiva ultrapassar os limiares da criação e da sensação, ela aponta em última instância a mutação da existência, tomando o sujeito humano como um viajante entre pontos de fuga e de ruptura. Essa espécie de viagem não se encaixa nos quadros congelados de uma suposta ''racionalidade'', não se integra aos esquemas preestabelecidos de uma existência acolchoada e rotineira.

A perspectiva médica não costuma levar em conta esses labirintos do desejo; baseia-se, pelo contrário, num esquema mais linear. A vida não seria tomada, do ponto de vista da ''medicalização'', no seu sentido *intensivo*, mas apenas no seu sentido *extensivo*. Não importaria tanto a riqueza ou a qualidade da experiência de vida, mas sim a frieza estatística da quantidade de anos atingida por uma pessoa.

As normas serão elaboradas, então, visando esticar ao máximo o tempo abstrato de vida, com prescindência da intensidade singular com que cada vida é vivida. O medo da morte invade a vida e a confisca, cortando potencialidades expansivas, neutralizando intensidades.

Desejo e morte

A homossexualidade tem sido tradicionalmente ligada à morte. O termo *faggot* (literalmente,

''lenha''), aplicado pejorativamente contra os homossexuais norte-americanos, proviria do uso de madeiras para acender a fogueira onde se carbonizavam os sodomitas e também os hereges. Tal associação transparece também nos romances de Jean Genet: em *Querelle de Brest*, homossexualidade e assassínio emaranham-se inextrincavelmente. Cenas desse estilo concretizam-se nos freqüentes roubos, extorsões, espancamentos e crimes de que os homossexuais são objeto (mais de 50 assassinados em dois anos, segundo o Grupo Gay da Bahia): cerimônia de terror que, às vezes, faz parte do jogo.

A AIDS introduz uma forma diretamente clínica dessa relação tenebrosa. *Por uma espécie de fabulosa confabulação, o moral se junta ao patológico*. Sem desconhecer o perigo real representado pela doença, a utilização de sua letalidade para mortificar e regrar os perversos deveria ser evitada. Se se acreditar que a AIDS é um mal ''evitável'', fruto de excessos prescindíveis, para melhor manipulá-la, deverá ser negada a força do desejo que leva alguém a praticar relações socialmente ''indesejáveis''. Por trás da argumentação de que a sodomia é ''evitável'', não estaria a velha ilusão conservadora de que a relação homossexual também o seja?

Ou talvez todo esse dispositivo contenha em si uma tentativa de abrandar a luxúria provocativa das bichas-loucas, submetendo a prática e

toda a experiência sexual ''dissidente'' aos parâmetros de uma normalidade ampliada e mais ou menos conjugal, excluindo os marginais, os promíscuos, os travestis (e eventualmente as mulheres liberadas, os maridos libertinos, etc.). Assim, para se salvar das diatribes que os acusam de ''agentes infecciosos'', alguns *gays* tentariam ''limpar sua imagem'' ao ponto de se constituírem em paródias de baluartes de uma pacata e mimética normalidade. Política ''reformista'', de ''dignidade'' e ''identidade homossexual'', através da qual a homossexualidade, paradoxalmente, se dessexualiza e se abstém das delícias da sodomia elogiada por Sade. Nesse sentido, boa parte do movimento *gay* americano tem diluído seu caráter contestatório para se rearticular como um agrupamento paramédico de saúde pública.

Seria preciso, talvez, *conceber uma política sexual diferente*, que não desconhecesse a multiplicidade dos desejos eróticos nem tentasse disciplinar pedagogicamente os perversos e seus prazeres. Trata-se de *oferecer a melhor informação possível*, mas afirmando simultaneamente o direito de dispor do próprio corpo e da própria vida, já demandado por Engels.

A vida não se mede apenas, como quer a instituição médica, em termos de prolongação da sobrevida (ou da agonia), mas também em intensidade de gozo. A dimensão do desejo não

deveria ser negligenciada, se é que se trata de salvar a vida.

Por último, o dispositivo da AIDS se encaixa numa virada à direita generalizada no Ocidente. A direita americana procuraria conter, em parte, a ''dissolução moral'' que comercializara e que tantas preocupações causara no Papado. Essa articulação de forças reacionárias faz pensar ao filósofo libertário Félix Guattari que se a AIDS não existisse, precisaria ser inventada: *''Existe em torno da doença uma espécie de festa mortífera, um carnaval de conservadorismo e reação que se apropria dela, desenvolvendo uma política obsessiva de repressão ao homossexual''. Sobre o pânico da AIDS estaria também a ameaça de morte que paira sobre a humanidade: fome, poluição, guerra, etc., mais ''evitáveis'' do que a sodomia*.

Há, para as populações ameaçadas, um risco real — que não deve ser, porém, superestimado. Trata-se, talvez, de um instável compromisso entre o risco e o gozo, sujeito ao vaivém do desejo. Essa afirmação do desejo não deveria ser vivida (como quer a histeria higienista) com culpa e peso de consciência, mas com alegria. Seria paradoxal que o medo da morte nos fizesse perder o gosto da vida.

INDICAÇÕES PARA LEITURA

Sobre a doença

Perspectiva médica:

''Dossier AIDS'', do dr. Fernando Samuel Sion, da Universidade do Rio de Janeiro. Publicado na revista *Ciência Hoje*, vol. 5, nº 27, nov.-dez. 1986.

Perspectiva social:

''AIDS: um vírus só não faz doença'', revista *Comunicações do ISER*, ano 4, nº 17, Rio de Janeiro, dez. 1985. Com artigos de Claudia Moraes, Sergio Carrara, Herbert Daniel, Regine de Araújo e Christina Vallinoto, sendo o de Luiz Mott (''AIDS: Reflexões sobre a sodomia'') particularmente interessante. No global, uma análise do discurso médico-jornalístico sobre a AIDS.

''Les intellectuels, le SIDA et la realité'', por Pierre Boncenne e Pierre Assouline, revista *Lire*, nº 122, Paris, nov. 1985. A partir da repercussão da morte de Michel Foucault entre os intelectuais franceses, percorre os tratamentos literários e mitológicos das doenças e sua influência nos costumes. Uma versão (muito resumida) foi publicada pela revista *Leia*, São Paulo, dez. 1985.

Sobre a medicina

Michel Foucault, *O nascimento da clínica. Uma arqueologia do olhar médico*, Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1977. Examina a mutação conceitual do saber médico, por ocasião da institucionalização da medicina nos séculos XVIII e XIX.

Ivan Illich, *A expropriação da saúde*, Rio de Janeiro, Graal, 1976. Uma crítica radical e fundamentada da expansão do poder médico-institucional e suas mortíferas conseqüências.

Jean Crauvel, *A ordem médica*, São Paulo, Brasiliense, 1983. Analisando o discurso médico sob uma perspectiva psicanalítica, denuncia a "inexistência" da relação médico-paciente e sua substituição pela relação instituição-doença.

Philippe Ariés, *História da Morte no Ocidente*, Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1977. Pesquisa a paulatina segregação da morte no espaço doméstico e "pessoal", seu confisco hospitalar e sua interdição contemporânea.

Susan Sontag, *A doença como metáfora*, Rio de Janeiro, Graal, 1984. Passa em revista as apropriações metafóricas e míticas das doenças, como modo de estigmatização dos que as padecem.

Paula Montero, *Da doença à desordem*, Rio de Janeiro, Graal, 1985. Partindo de uma pesquisa sobre a umbanda, a autora resgata mecanismos de resistência popular à imposição autoritária de certa concepção abstrata do corpo e da saúde, feita pela medicina oficial.

Ítalo Tronca, "História e doença: a partitura oculta (A lepra em São Paulo, 1904/1940)", *in* Renato Janine Ribeiro (org.), *Recordar Foucault*, São Paulo, Brasiliense, 1985. Análise das repercussões da lepra no imaginário social, que incidem na reclusão cientificamente inócua dos doentes.

Sexo, desejo, homossexualidade

Michel Foucault, *História da sexualidade. Tomo 1: A vontade de saber*, Rio de Janeiro, Graal, 1976. Um texto-chave para entender a instauração do "dispositivo de sexualidade" na complexa articulação de saberes, poderes e prazeres.

Michel Pollak, "A homossexualidade masculina, ou: a felicidade no gueto?", *in Sexualidades Ocidentais*, São Paulo, Brasiliense, 1985. Rigorosa análise da questão homossexual após o *gay liberation*.

Peter Fry e Edward Mac Rae, *O que é homossexualidade*, São Paulo, Brasiliense, 1982. Uma visão brasileira da "construção" histórica e social do homossexual, rejeitando as teses biologistas.

João Silvério Trevisan, *Devassos no paraíso*, São Paulo, Max Limonad, 1986. Uma informada história da vivência homossexual no Brasil e suas secretas tramas; inclui a visão do autor sobre a AIDS.

SOBRE O AUTOR

Nasceu em 1949 em Avellaneda, subúrbio industrial de Buenos Aires. Formou-se em sociologia na Universidade de Buenos Aires, em 1975. Trabalhou vários anos em pesquisa de mercado. Em 1982 radicou-se no Brasil. É mestre em Antropologia Social na UNICAMP, onde leciona atualmente. Sua dissertação de mestrado, defendida em 1986, foi recentemente publicada pela Brasiliense, sob o título *O negócio do michê. A prostituição viril em São Paulo*. É autor também de dois livros de poemas: *Austria-Hungría* (Ed. Tierra Baldía, 1980) e *Alambres* (Ed. Último Reino, 1987), ambos publicados em Buenos Aires. Participou de diversos debates sobre a AIDS, em São Paulo, Salvador, Jundiaí e Campinas.

Caro leitor:
As opiniões expressas neste livro são as do autor, podem não ser as suas. Caso você ache que vale a pena escrever um outro livro sobre o mesmo tema, nós estamos dispostos a estudar sua publicação com o mesmo título como "segunda visão".

No princípio restrita aos circuitos homossexuais norte-americanos, a AIDS — uma doença transmitida através do contato sexual e do sangue — expandiu-se rapidamente para outros "grupos de risco", como hemofílicos e usuários de drogas intravenosas, e hoje ameaça toda a população heterossexual. Faz o que nem a Igreja nem os mais moralistas conseguiram: reverter os efeitos da Revolução Sexual, as conquistas da pílula e o amor livre. Conhecer a doença, suas causas e efeitos, é a melhor forma de controlá-la e não cair na histeria moralista ou apocalíptica.